

Minna Vairama & Tommi Mäkelä

Mallihoitosuunnitelman kehittäminen itsetuhoisen potilaan hoitotyössä Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (amk)

Joulukuu 2016

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Minna Vairama & Tommi Mäkelä	Sairaanhoitaja	Joulukuu 2016
Opinnäytetyön nimi Mallihoitosuunnitelman kehittäminen itsetuhoisen potilaan hoitotyössä		66 sivua 6 liitesivua
Toimeksiantaja Kymenlaakson psykiatrinen sairaala, Carea		
Ohjaaja Lehtori Satu Anttonen		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella Carean Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa käytössä olevan hoitokertomuksen itsetuhoisen potilaan mallihoitosuunnitelmaa. Tuloksissa verrataan mallihoitosuunnitelmaa uusimpaan saatavilla olevaan tutkittuun tietoon ja pohditaan mahdollisia kehittämis ehdotuksia mallihoitosuunnitelmaan. Tutkimusmenetelmänä käytetään systemaattista kirjallisuuskatsausta ja tulosten analysointi suoritetaan sisällönanalyysiä käyttäen.</p> <p>Itsetuhoisuus ja itsemurhat ovat merkittävä kansanterveysongelma. Itsemurhatilastoissa Suomi sijoittuu merkittävästi EU-maiden keskiarvon yläpuolelle. Itsemurhille altistavia riskitekijöitä ovat muun muassa mielenterveys- ja päihdeongelmat, fyysiset sairaudet, erot ja läheisen menettäminen. Potilaat, jotka ovat suurimmassa vaarassa itselleen, hoidetaan osastohoidossa, jolloin potilaalla on turvallinen ympäristö sekä hoitoa ja seurantaa ympäri vuorokauden.</p> <p>Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen koostuu hoidon tarpeesta, hoitotyön suunnitelluista toiminnoista ja hoidon tuloksesta. Carean mallihoitosuunnitelmassa itsetuhoisen potilaan hoidon tarve on psyykinen tasapaino; itsetuhoisuus. Hoitotyön suunniteltuja toimintoja ovat läsnäolo, vierihoidaminen, rauhoittaminen, itsetuhoisen käyttäytymisen estäminen, psyykkisen tilan seuranta, omahoitajakeskustelu, potilaan todellisuuden kuunteleminen, eri hoito- ja terapiamuotojen käyttö ja psyykkistä tasapainoa edistävä ohjaus. Mallihoitosuunnitelmaa tulee päivittää hoidon aikana. Kirjaamisen sähköiseen potilastietojärjestelmään tulee olla asianmukaista sekä lainsäädäntöä noudattavaa, jotta potilasturvallisuus pystytään takaamaan.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksissa korostuu tehostetun seurannan tärkeys itsetuhoisen käytöksen sekä itsemurhan ehkäisyssä osastolla. Myös muita epäsäännöllisiä potilastarkastuksia tulisi lisätä. Tehokkaimpia keinoja rauhoittaa itsetuhoisen tilanne on sanallinen rauhoittaminen sekä tarvittavan lääkkeen antaminen potilaalle. Itsetuhovälineiden saatavuuden estämiseen osastolla tulee kiinnittää erityistä huomiota. Itsetuhoista potilasta hoitavalla henkilökunnalla tulee olla valmius ja ammattitaito arvioida potilaan psyykkistä tilaa ja itsemurhariskiä. Potilaan epätavalliseen käytökseen sekä osastolta kuuluviin normaalista poikkeaviin ääniin tulee reagoida viipymättä.</p>		
Asiasanat itsetuhoisuus, itsemurha, psykiatria, hoitotyö, potilas, hoitotyön toiminnot, kirjaaminen, mallihoitosuunnitelma		

Authors	Degree	Time
Minna Vairama Tommi Mäkelä	Bachelor of Health Care	December 2016
Thesis Title		
Development of Model Care Plan for Suicidal Patients in Nursing		66 pages 6 pages of appendices
Commissioned by		
Carea, Kymenlaakso Psychiatric Hospital		
Supervisor		
Satu Anttonen, Senior Lecturer		
Abstract		
<p>The aim of this thesis was to observe the model care plan for suicidal patients made by Kymenlaakso psychiatric hospital and compare how it corresponds to the data based on the newest research. The material of this thesis was collected according to systematic literature review and processed using content analysis.</p> <p>Suicidal behavior and suicides are a significant problem for public health. In suicide statistics Finland ranks substantially higher than the average of nations in the European Union. The risk factors for committing a suicide are for example mental health problems, substance abuse, physical illnesses, break-ups and losing a nearby person. Those patients who are in greatest danger for themselves are treated in psychiatric wards. There the patients have a safe environment and can be treated and monitored around the clock.</p> <p>Structural documentation consists of the care need, nursing interventions and nursing outcomes. In the model care plan for suicidal people the care need is mental balance; suicidality. Nursing interventions are among other things, intermittent observation, constant observation, de-escalation, preventing suicidal behavior, monitoring the psychiatric condition; assessment of the risk for suicide, conversation with the named nurse and giving guidance that helps balance the psychiatric status. The model care plan should be updated during the treatment. Documentation to the electronic medical records has to be made correctly and according to the legislation so that the patients' safety can be guaranteed.</p> <p>The results of this thesis show that intermittent observation is the most effective action to prevent suicidal behavior and suicides in psychiatric wards. Also other irregular patient checks should be increased in the wards. Means to calm the suicidal situation are verbal de-escalation and giving PRN-medication. Special attention should be paid to banning all items that could be used for deliberate self-harm from patients' possession. The nursing staff should have the ability and proficiency to assess the patients' mental state and suicide risk. All patients' unusual behavior and abnormal noises from the ward should be reacted to immediately.</p>		
Keywords		
suicidal behaviour, suicide, psychiatry, nursing, patient, nursing interventions, documentation, model care plan		

SISÄLLYS

1	TAUSTA JA TARKOITUS.....	6
2	ITSETUHOISUUS.....	7
2.1	Itsemurha.....	7
2.2	Itsemurhan riskitekijät	8
2.3	Itsetuhoisen potilaan arviointi	11
2.4	Itsetuhoisen potilaan hoito	12
2.5	Itsemurhien ehkäisy	15
3	KIRJAAMINEN.....	16
3.1	Mallihoitosuunnitelma	16
3.2	Hoidon tarve	17
3.3	Hoidon tavoitteet.....	17
3.4	Hoitotyön suunnitellut toiminnot.....	17
3.5	Hoidon toteutus ja tulos	20
4	TYÖNKULKU.....	21
4.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	21
4.2	Tutkimussuunnitelma.....	22
4.3	Tutkimuskysymysten määrittäminen.....	22
4.4	Hakusanojen valinta	23
4.5	Tietokantojen valinta.....	24
4.6	Alkuperäistutkimusten haku	25
4.7	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	31
4.8	Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi	31
4.9	Analysointi ja tulosten esittäminen.....	42
4.10	Sisällönanalyysi	43
4.11	Tutkimusmenetelmän luotettavuus	50
5	TULOKSET.....	51
5.1	Itsetuhoisen potilaan hoidon tarve näyttöön perustuvan tiedon perusteella.....	51
5.2	Itsetuhoisen potilaan hoitotyön suunnitellut toiminnot näyttöön perustuvan tiedon perusteella.....	52

5.3	Itsetuhoisen potilaan hoitotyössä korostuvat toiminnot näyttöön perustuvan tiedon perusteella.....	54
6	POHDINTA.....	55
6.1	Tulosten tarkastelu	55
6.2	Luotettavuus ja eettiset lähtökohdat	62
6.3	Johtopäätökset ja hyödynnettävyys	63
6.4	Jatkotutkimusehdotukset	64

LÄHTEET

LIITTEET

Liite 1. Carea, itsetuhoisen potilaan mallihoitosuunnitelma

Liite 2. Itsemurhariskin arviointiasteikko (C-SSRS)

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Itsemurhat ja niihin liittyvät kärsimykset ja menetykset ovat merkittävä kansanterveysongelma. Vuonna 2014 Suomessa itsemurhan teki 789 henkilöä. Itsemurhakuolleisuus, eli itsemurhien määrä vuodessa 100 000 asukasta kohti, oli yhteensä 14,4, josta miehillä 22,3 ja naisilla 6,9. Suurimmillaan itsemurhien määrä Suomessa oli vuonna 1990, jolloin 1500 henkilöä teki itsemurhan. (Tilastokeskus 2015). Vaikka itsemurhakuolleisuus on voimakkaasti vähentynyt Suomessa vuodesta 1990 lähtien, se on edelleen merkittävästi EU-maiden keskiarvon yläpuolella. Itsemurha on 20–34-vuotiaiden miesten yleisin kuolinsyy Suomessa. (Lönnqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2014, 581.) Suomessa käynnistettiin vuonna 1986 itsemurhien kansallinen ehkäisyprojekti ensimmäisenä maailmassa. Se johti monipuolisiin käytännön toimenpiteisiin itsemurhien ehkäisemiseksi vuosina 1992-1996. (Hiltunen, Partonen, Haukka & Lönnqvist 2016.)

Potilaskertomukseen kirjattavista perustiedoista ja hoitoa koskevista merkinnöistä on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa (298/2009). Potilasasiakirjoihin on merkittävä potilaan hoidon suunnittelun, järjestämisen ja toteuttamisen seurannan turvaamiseksi laajuudeltaan riittävät ja tarpeelliset tiedot. (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015, 13 - 17).

Keväällä 2015 on Carean yksiköissä otettu käyttöön uusi HOKE-hoitokertomus. HOKE:n tavoitteena on alueellisen tiedon hyödynnettävyyden ja hoidon jatkuvuuden paraneminen. HOKE:n myötä käyttöön on otettu mallihoitosuunnitelmat, joiden tarkoitus on potilaan hoidon suunnittelun helpottuminen ja suunnitteluun käytetyn ajan minimointi. (Kuurne 2015.)

Opinnäytetyömme tilaaja on Kymenlaakson psykiatrinen sairaala, Carea. Opinnäytetyön tavoitteena on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla tarkastella HOKE:en tehtyä mallihoitosuunnitelmaa ja verrata sitä uusimpaan saatavilla olevaan tutkimustietoon itsetuhoisen potilaan hoitotyöstä. Tarkastelemamme mallihoitosuunnitelma on laadittu aikuisille itsetuhoisille potilaille, joten työmme on rajattu käsittelemään täysi-ikäisiä osastohoidossa olevia potilaita. Tulosten perusteella voidaan tehdä kehittämissuhteita mallihoitosuunnitelmaan.

2 ITSETUHOISUUS

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan itsensä vahingoittamista tai henkeä uhkaavan riskin ottamista. Itsetuhoinen käytös voi olla tarkoituksellista aktiivista pyrkimystä vahingoittaa itseä tai se voi sisältyä käyttäytymiseen, jonka tavoitteena on saada elämään sisältöä ja merkitystä. Suoraan itsetuhoisuuteen sisältyy itsemurha-ajatukset, itsemurhayritykset ja itsemurhat. Epäsuorasta itsetuhoisuudesta on kyse silloin, kun henkilö ottaa henkeä uhkaavia riskejä, mutta hänellä ei ole tietoisena tarkoituksena riistää henkeä itseltään. (Lönngqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2014, 578 - 579.)

Epäsuoraa itsetuhokäyttäytymistä voi olla esimerkiksi vaarallinen liikennekäyttäytyminen, päihteiden liikakäyttö, fyysisen sairauden hoidon laiminlyönti tai omaa turvallisuutta vaarantava harrastus (Lönngqvist ym. 2014, 579). Epäsuora itsetuhokäyttäytyminen voi olla myös tahallista itsensä vahingoittamista, josta yleisin muoto on itsensä viiltely. Muita menetelmiä ovat esimerkiksi polttaminen, haavojen auki repiminen, ihokarvojen tai hiusten repiminen, itsen lyöminen, luiden murtaminen, kuristaminen ja terävien esineiden työntäminen ihon alle. (Myllyviita 2014, 20, 35.)

Viiltelyn tavoitteena ei yleensä ole itsemurha, vaan sitä käytetään keinona selviytyä sietämättömältä tuntuvasta olotilasta. Viiltämisen tuottama terävä kipu auttaa viemään huomion pois negatiivisista tunteista ja ajatuksista. Lisäksi kova kipu vapauttaa elimistössä endorfiinejä, mikä voi joillekin aiheuttaa hyvänolontunnetta. Viiltelyyn voi kehittyä samankaltainen riippuvuus kuin päihteiden käyttöön ja siitä voi olla vaikeaa päästä eroon. (Myllyviita 2014, 20—31.)

2.1 Itsemurha

Kuolema voidaan Suomessa luokitella itsemurhaksi, jos oikeuslääkäri on arvioinut teon olleen henkilön itse aloittama ja toteuttama ja jonka hän on tiennyt johtavan tai voivan johtaa kuolemaan. Itsemurhat ja niihin liittyvät kärsimykset ja menetykset ovat merkittävä kansanterveysongelma. Vaikka 1990-luvun jälkeen itsemurhakuolleisuus on Suomessa vähentynyt selvästi, on se edelleen merkittävästi EU-maiden keskiarvon yläpuolella. (Lönngqvist ym. 2014, 581.)

Laskevaa suuntaa voidaan selittää vuonna 1986 alkaneella itsemurhien kansallisella ehkäisyprojektilla sekä sillä, että mielenterveyden häiriöiden hoito on kokonaisuudessaan kehittynyt huomattavasti (Toivio & Nordling 2009, 134). Kaikki menehtyneet ovat jonkun läheisiä: isiä, äitejä, lapsia, sisaruksia, isovanhempia, lapsenlapsia, ystäviä, puolisoja, rakastettuja tai muita läheisiä. Tilastojen mukaan menetettyä jää suremaan itsemurhiin nähden kymmenkertainen määrä läheisiä. (Surunauha ry. 2015.)

2.2 Itsemurhan riskitekijät

Itsemurhan riskitekijät muodostuvat altistavista tekijöistä, suojaavien tekijöiden puutteesta sekä akuuttivaiheen laukaisevista tekijöistä. Itsemurhalle altistavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi mielenterveyden häiriöt ja fyysiset sairaudet. Sosiaalisen tukiverkoston heikentyminen nähdään suojaavien tekijöiden puutteena. Akuuttivaiheen laukaisevia tekijöitä ovat esimerkiksi menetykset, erot, loukkaukset ja häpeä tai päihheet. Riskitekijöitä ovat myös aiemmat itsemurhayritykset, itsetuhoisuus lähipiirissä sekä taipumus impulsiivisuuteen ja aggressiiviseen käyttäytymiseen. Ajankohtaisia riskitekijöitä ovat muun muassa päihde- ja masennusongelmat, yksinäisyys sekä tuoreet menetykset ihmis-suhteissa. (Lönngqvist ym. 2014, 582 - 583.) Itsemurhaan päätyminen on usein pitkän kehityksen lopputulos. Tietyn elämäntilanteen kuormittavuuden kasautuminen yhdessä jonkin laukaisevan tekijän vaikutuksesta voivat johtaa itsemurhayritykseen. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 238.)

Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriöt ovat merkittävin itsemurhaan liittyvä riskitekijä. Noin 90 % itsemurhan tehneistä on kärsinyt mielenterveyshäiriöstä. Yli puolet kaikista itsemurhan tehneistä on kärsinyt masennuksesta ja hieman alle puolet päihdeongelmista. Viidesosalla on ollut psykoottisia häiriöitä. Myös syömishäiriöihin, posttraumaattisiin tiloihin sekä ahdistuneisuushäiriöihin liittyy kohonnut itsemurhariski. Impulsiivisuus ja aggressiivisuus altistavat itsetuhoiselle käyttäytymiselle. (Lönngqvist ym. 2014, 585.)

Masentuneen potilaan itsemurhavaara on 20 kertaa suurempi kuin muun väestön ja vaikeimmasta depressiosta kärsivän potilaan elinaikainen itsemurhariski on 5–10%. Itsemurhariskiä lisää masennustilan vakavuusaste sekä muut yleiset riskitekijät, kuten esimerkiksi miehillä samanaikainen päihderiippuvuus tai ikääntyvillä fyysiset sairaudet. Useimmilla itsemurhan tehneistä on ennen kuolemaansa ollut kontakti terveydenhuoltoon, mutta hoito on ollut puutteellista. (Lönnqvist ym. 2014, 586.)

Masennuksen jälkeen tärkein itsemurhaan liittyvä riskitekijä on päihdehäiriö. Joka toisella itsemurhan tehneistä miehistä on alkoholiongelma ja noin puolet miehistä ja neljäsosa naisista on alkoholin vaikutuksen alaisena itsemurhan tehdessään. Huumausaineriippuvuuteen liittyy vielä suurempi itsemurhariski. Päihdehäiriöistä kärsivän itsemurhariskiä lisäävät heikko sosiaalinen tuki-verkko, työttömyys, fyysiset sairaudet, masennustila ja hiljattain tapahtuneet menetykset kuten parisuhteen päättyminen. (Lönnqvist ym. 2014, 586 - 587.)

Skitsofreniaan sekä muihin pitkäaikaisiin psykooseihin liittyy kohonnut itsemurhavaara. Skitsofreniapotilailla itsemurhan vaaraa lisäävät miessukupuoli, eristäytyneisyys, sosiaalisen tuen puute, väkivaltaisuus, masennus, päihdeongelmat ja itsemurha-ajatukset tai aiemmat itsemurhayritykset. Erityisesti nuoret miespuoliset potilaat, jotka ovat kokeneet psykososiaalisen toimintakyvyn heikkenemisen, ovat alttiita itsemurha-ajatuksille. Myös sairaalahoidon päättymistä seuraavaan avohoitojaksoon liittyy kohonnut itsemurhariski. (Lönnqvist ym. 2014, 587.)

Vähintään kolmanneksella itsemurhan tehneistä ihmisistä on ollut persoonallisuushäiriö. Persoonallisuushäiriöistä erityisesti epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan itsemurhariski on suurentunut sairauteen liittyvän impulsiivisen ja epävakaa käyttäytymisen vuoksi. Itsemurhan kohonnut riski liittyy erityisesti persoonallisuushäiriön kanssa samaan aikaan esiintyvään masennustilaan tai päihdeongelmaan. (Lönnqvist ym. 2014, 587.)

Fyysistä sairauksista erityisesti voimakasta kipua tuottaviin, kognitiivisten toimintojen heikentymistä tai deliriumtiloja aiheuttaviin sairauksiin liittyy suurentunut itsemurhariski. Neurologisista sairauksista epilepsiaan, Parkinsonin tautiin ja multippeliskleroosiin liittyy itsetuhoajatuksia. Syöpäsairailla itsemurhavaaraa lisäävät sairauteen liittyvät kovat kivut sekä pelot ja negatiiviset kokemukset hoidosta. (Lönnqvist ym. 2014, 587 - 588.)

Sosiaaliset riskitekijät

Itsemurhan sosiaaliin riskitekijöihin lukeutuu muun muassa matala koulutustaso, alhainen sosiaaliluokka, naimattomuus ja miessukupuoli. Myös talouden kehitys näkyy itsemurhakuolleisuudessa siten, että yleensä lamajaksot lisäävät itsemurhia. Keskeinen itsemurhilta suojaava tekijä on parisuhde, kun taas suurin riskitekijä on pitkäaikaistyöttömyys. (Lönngqvist ym. 2014, 584.)

Aiempi itsemurhayritys

Puolet itsemurhan tehneistä on yrittänyt itsemurhaa aiemmin. Itsemurhayrityksen jälkeisenä vuonna yrityksen uusimisen todennäköisyys on 15 % ja kuolemaan johtavan yrityksen todennäköisyys 1–2 %. Puolet itsemurhan tehneistä on kuollut ensimmäiseen yritykseen. (Lönngqvist ym. 2014, 584 - 585.)

Itsemurhamenetelmien saatavuus riskitekijänä

Suurin osa itsemurhista tehdään lääkaineilla. Miehet käyttävät naisia useammin väkivaltaisia menetelmiä kuten hirttäytymistä, ampumista tai auton pako-kaasua. Näistä keinoista valtaosa johtaa kuolemaan ensiyrityksellä, mikä selittää miesten suurempaa itsemurhakuolleisuutta. Osa itsemurhista voitaisiin välttää, jos itsemurha-alttiilla ei olisi saatavilla toteutukseen tarvittavia välineitä, kuten suuria määriä toksisia lääkaineita, myrkkyjä tai aseita. Myös pääsy itsemurhan mahdollistavalle paikalle, kuten sillalle, rautatielle tai paikkaan, josta voi hypätä kuolemaan, lisää itsemurhariskiä. (Lönngqvist ym. 2014, 588.)

Itsemurhamalli riskitekijänä

Omaisien tai läheisten ystävän tekemä itsemurha lisää itsemurhariskiä myös lähipiirissä. Sairaalassa riskiä lisää potilastoverin itsemurha. Nuorilla itsemurhariskiä voi lisätä esimerkiksi tunnetun idolin itsemurha. Nuoret ovat myös alt-

tiita internetin vaikutuksille, missä itsemurhaan voidaan houkutella keskustelupalstoilla. Toisaalta internet voi toimia myös apuna ongelmien käsittelyyn ja näin ehkäistä itsemurhia. Tiedotusvälineissä sensaationhakuinen ja yksityiskohtaisesti kerrottu itsemurhatarina voi lisätä itsemurhariskiä. (Lönnqvist ym. 2014, 589.)

Biologiset riskitekijät

Itsetuhokäyttäytymistä esiintyy enemmän itsemurhan tehneiden suvussa, kuin muilla ihmisillä. Perinnölliset tekijät voivat lisätä itsemurhariskiä epäsuorasti altistamalla niille mielenterveyshäiriöille, jotka kuuluvat itsemurhien tärkeimpiin riskitekijöihin. Itsemurhan tehneillä ja itsemurhavaarassa olevilla on havaittu muutoksia biologisissa järjestelmissä, kuten epätasapainoa HPA-akselilla, hypotalamuksen, aivolisäkkeen ja lisämunuaisen välisissä suhteissa tai poikkeavuuksia keskushermoston serotoniiniaineenvaihdunnassa. HPA-järjestelmän poikkeavuudet ovat usein vaikutusta lapsuusajan toistuvista stressaavista kokemuksista ja voivat heijastua mielenterveyden epätasapainoon myöhemmin elämässä. Serotoniinin aineenvaihduntatuotteen pienet pitoisuudet aivo-selkäydinnesteessä on yhdistetty erityisesti impulsiivisesti ja väkivaltaisesti itsemurhaa yrittäneisiin. Serotoniinin hitaampi saatavuus altistaa tätä ominaisuutta kantavan ihmisen muita yleisempään itsetuhokäyttäytymiseen ja itsemurha-ajatteluun. Saman tekijän on arvioitu pieneltä osin selittävän suomalaisten itsetuhoista käyttäytymistä. (Lönnqvist ym. 2014, 589.)

2.3 Itsetuhoisen potilaan arviointi

Itsemurhien ehkäisyssä terveydenhuollon keskeinen tehtävä on itsetuhoisen potilaan hyvä arviointi. Arvioinnissa tulisi selvittää potilaan itsemurhapyrkimys ja tätä tulisi aina kysyä suoraan. Kaikki itsemurhaa yrittäneet tulisi ohjata psykiatriseen arvioon heti somaattisen ensihoidon jälkeen. (Lönnqvist ym. 2014, 592.)

Itsemurhayrityksen syyt, tavoitteet ja menetelmät tulisi selvittää mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Tekotapa, -paikka ja tapahtumahetki voivat antaa viit-

teitä siitä, kuinka suuri halu kuolla teon motiivina on ollut. Riski on lievempi silloin kun henkilö järjestää tilanteen niin, että joku ehtii ajoissa apuun. Lisäksi arvioinnissa huomioidaan yleiset itsetuhoisuuden riskitekijät kuten mielenterveyden häiriöt, sosiaaliset riskitekijät ja aiemmat itsemurhayritykset. (Toivio ym. 2009, 142.)

Arvio tehdään tavallisesti haastattelun ja subjektiivisen intuition pohjalta silloinkin, kun henkilö itse ei ole tuonut esiin itsetuhoisia ajatuksia. Arvioinnissa voidaan käyttää apuna taulukossa 1 esiintyviä kysymyksiä. (Lönngqvist ym. 2014, 593.)

Taulukko 1. Itsetuhoisuuden arviointi (Lönngqvist ym. 2014, 593.)

Onko potilaalla mielenterveyden häiriö?
Onko hänellä masennustila tai persoonallisuushäiriö?
Onko alkoholin tai muiden päihteiden väärinkäyttöä?
Onko potilas psykoottinen tai ahdistunut tai käyttäytykö hän impulsiivisesti?
Onko potilaalla toivottomuuden tunteita tai kuolemaan liittyviä ajatuksia?
Onko hän tehnyt itsemurhasuunnitelman?
Onko potilaalla aiempia itsemurhayrityksiä ja kuinka vakavia ne ovat olleet?
Onko hänellä itsemurhamalli lähipiirissä?
Onko käytettävissä itsemurhavälineitä?
Onko hän hiljattain kokenut menetyksen tai nöyryytyksen?
Onko potilaalla tukiverkkoa, asuuko hän yksin?

Lisäksi arvioinnissa käytetään itsearviointimenetelmiä, joissa potilas saa itse täyttää lomakkeita ja arvioida omia tunteita, ajatuksia ja mielialoja. Tällaisia ovat muun muassa SSI (Suspected Suicide Inventory), BDI (Beck Depression Inventory) ja HS (Hopeless Scale). (Toivio ym. 2009, 143.)

2.4 Itsetuhoisen potilaan hoito

Voimakkaan itsetuhoisuuden tulisi aina merkitä sitä, että itsemurhan ehkäiseminen nousee koko hoidon keskeiseksi tavoitteeksi. Lievemässä muodossaan itsetuhoisuus on vain yksi hoidon monista huomion kohteista. (Lönngqvist ym. 2014, 583.)

Ne potilaat, jotka ovat suurimmassa vaarassa itselleen, hoidetaan osastohoidossa. Psykiatrisessa osastohoidossa potilaalla on turvallinen ympäristö sekä hoitoa ja seurantaa ympäri vuorokauden. Potilaan todellisuudentajun ollessa häiriintynyt ja hänen ollessa vaaraksi itselleen, voidaan harkita mielenterveyslain mukaista tarkkailun aloittamista, jotta potilaan poistuminen sairaalasta voidaan estää. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 240.)

Potilasta, joka on itsemurhavaarassa, ei tulisi koskaan jättää yksin. Parhaan avun saamiseksi on potilaalle tehtävä tarkentavia kysymyksiä. Potilaan ilmaisessa itsetuhoisia ajatuksia on ne aina syytä ottaa vakavasti, vaikkei vaara olisiakaan akuutti. Potilaalle olisi myös kerrottava, mistä hän voi pyytää apua itsetuhoisten ajatusten ottaessa vallan. (Kuhanen ym. 2010, 240.)

Itsetuhoisen potilaan ollessa osastohoidossa, on hänen turvallisuuteensa kiinnitettävä erityisen suurta huomiota. Kaikki esineet, jotka voivat olla potilaalle vaaraksi tai joilla hän voi itseään vahingoittaa, tulisi siirtää pois potilaan ulottuvilta. Tarvittaessa voidaan takavarikoida potilaan omaisuutta. Erityisen vaikeissa hoitotilanteissa voidaan joutua eristämään potilas, mutta se on varsin harvinaista. (Punkanen 2001, 126.)

Käytäessä ensimmäisiä omahoitajakeskusteluja potilaan kanssa, keskitytään pääongelman paikantamiseen ja kiinnitetään potilaan huomiota siihen. Hoitaja arvioi keskustelun aikana potilaan itsemurhariskiä. Potilaan kanssa keskusteltaessa sovitaan, ettei potilas vahingoita itseään sairaalassa ollessaan. (Punkanen 2001, 126.)

Keskusteluissa itsetuhoisen potilaan kanssa hoitajan on vältettävä ennakkolasenteita ja säilytettävä ammattimainen ja asiallinen rooli. Hoitaja ei ole kaikkivoipa eikä kaikkia potilaita onnistuta auttamaan. Potilas tekee ratkaisunsa kuitenkin itse. Potilaan kanssa keskustellessa tulee olla valmius puhua itsetuhoisuudesta suoraan. On käytettävä konkreettisia toimintaohjeita ja löydettävä aina muita vaihtoehtoja kuin itsemurha. Potilaalle tulisi korostaa itsemurhan lopullisuutta ja peruuttamattomuutta. Tällöin potilaan silmät voivat avautua, etenkin, jos potilas on romantisoinut itsemurhatapahtumaa. Potilaalle tulisi korostaa jokaisella olevia elämän hyviä hetkiä ja persoonallisuuden piirteitä. Jos potilaalla on perhettä ja läheisiä, korostetaan vastuuta heidän hyvinvoinnistaan ja tarpeista. (Punkanen 2001, 125.)

Itsemurhaa yrittänyt potilas on kriisin huippuvaiheessa ja tällöin hoitajan on oltava aktiivinen, ohjaava ja määrätietoinen. Tilanteen vaatiessa laaditaan konkreettisia toimintaohjeita. Mainitulla toiminnalla pyritään potilaan turvallisuuden tunteen lisäämiseen ja toipumisen nopeutumiseen, potilaan omien voimien kasvaessa. Keskusteluissa pyritään välttämään liikaa neuvomista, asioita käydään läpi potilaan kanssa yhdessä. Potilas saattaa ripustautua hoitajaan ja uhkailla itsensä vahingoittamisella. Tällöin on potilaalle todettava hänellä itsellään olevan lopullinen vastuu itsestään. (Punkanen 2001, 126.)

Itsetuhoisen potilaan hoidossa tulisi tutustua myös hänen sosiaaliseen verkostoonsa, perheeseen, läheisiin ja ystäviin. Mikäli potilas antaa luvan ottaa heihin yhteyttä, tulisi potilaan tilanteesta kertoa todenmukaisesti ja kysyä heidän halustaan tukea potilasta. Tällä vahvistetaan potilaan turvallisuuden tunnetta ja lisätään toivoa. Myös potilaan läheisten jaksaminen pitäisi huomioida ja antaa heille tietoa itsetuhoisuudesta. Tällöin läheisten olisi helpompi ymmärtää potilaan käytöstä ilman itsensä syylistämistä. Potilaan niin salliessa, olisi läheiset hyvä ottaa mukaan myös hoitoneuvotteluihin, jotta he ovat tietoisia potilaan tilanteesta. (Kuhanen ym. 2010, 241.)

Itsetuhoisen potilas on aina haaste hoitohenkilökunnalle. Hän saattaa herättää heissä ahdistuksen, avuttomuuden, toivottomuuden ja jopa vihan tunteita, potilaan epätoivoisen ja masentuneen mielialan heijastuessa henkilökuntaan. Hoitajalta vaaditaan herkkyyttä aistia potilaansa tarpeita, ollakseen sopivan aktiivinen omassa roolissaan. Potilaan vaikeitakin asioita tulisi jaksaa kuunnella ja kannatella potilasta eteenpäin. Keinojen löytäminen potilaan aktivoimiseksi ja motivoituneeksi omaan hoitoonsa voi olla vaikeaa. Tällöin hoitaja voi kokea riittämättömyyden tunnetta ja kuormitusta, etenkin jos potilaalla on akuutti itsemurhavaara tai hän on jo yrittänyt itsemurhaa. (Kuhanen ym. 2010, 241.)

Jos potilas ollessaan osastohoidossa onnistuu itsemurhassaan, on sillä suuria vaikutuksia niin henkilökuntaan kuin muihin potilasiinkin. Henkilökunnalle potilaan itsemurha on suurin mahdollinen hoitotappio. Potilaan tekemä itsemurha kasvattaa muiden potilaiden itsemurhariskiä. Psykoottinen potilas, jolla on heikko ego, saattaa identifioitua itsemurhan tehneeseen potilastoveriin. Psykiatrisissa sairaaloissa on levinnyt henkilökunnan keskuudessa mielipiteitä,

joissa ajattelu itsemurhaa kohtaan on sallivampi. On puhuttu potilaiden oikeudesta tehdä itselleen mitä haluaa. Kuitenkin suurimmalla osalla itsemurhan tehneistä ja sitä yrittäneistä voidaan määrittää psykiatrinen diagnoosi. Joten suhtautuminen edellä mainitulla tavalla itsemääräämisoikeuksiin on virheellinen. (Punkanen 2001, 127.)

2.5 Itsemurhien ehkäisy

Itsemurha on yleensä pitkän kehityksen lopputulos. Jokaista itsemurhaa ei pystytä ehkäisemään, mutta niiden kokonaismäärään voidaan vaikuttaa erilaisilla ehkäisytoimilla. Kansalliset, koko väestöön vaikuttavat itsemurhien ehkäisystrategiat ovat osoittautuneet hyvin toimiviksi myös Suomessa. (Lönqvist ym. 2014, 590.)

Itsemurhien intervention toimintasuunnitelmat voidaan jakaa kolmeen luokkaan: yleinen, valikoiva ja kohdistettu ennaltaehkäiseminen. Jaot perustuvat siihen, mihin väestön ryhmään toiminta on suunnattu. Yleinen ennaltaehkäisy kohdistuu koko väestöön, ja sitä voidaan toteuttaa esimerkiksi erilaisina tietoisuuskampanjoina sekä yleisenä mielenterveyden edistämisenä. (Dumon & Portzky 2013, 12 - 15.)

Valikoivaa ennaltaehkäisyä toteutetaan väestöryhmissä, joissa on korkeampi riski itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi itsemurhan vuoksi läheisen menettäneet, vähemmistöryhmät ja tietyt ikäryhmät. Itsemurhien ennaltaehkäisyä toteutetaan perustamalla erilaisia tukiryhmiä, verkostoja ja auttavia puhelimia. (Dumon ym. 2013, 14 – 20.)

Kohdistettu ennaltaehkäisy on suunnattu yksilöihin, jotka ovat jo itsetuhoisia. Tähän riskiryhmään kuuluvien itsemurhien ennaltaehkäisyä toteutetaan rajoittamalla pääsyä kuolemaa aiheuttaviin itsemurhamenetelmiin, kuten ampumaseksuaalisuudella, myrkyn poistamisella kotimaisesta kaasusta ja lääkkeiden, alkoholin ja torjunta-aineiden saannin rajoittamisella, sekä estämällä pääsy korkeille, kuolemaan hyppäämisen mahdollistaville paikoille. Myös itsemurhaa yrittäneiden jälkihoitoa tulisi parantaa. (Dumon ym. 2013, 13.)

3 KIRJAAMINEN

Potilaskertomukseen kirjattavista perustiedoista ja hoitoa koskevista merkinnöistä on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa (298/2009). Potilasasiakirjoihin on merkittävä potilaan hoidon suunnittelun, järjestämisen ja toteuttamisen seurannan turvaamiseksi laajuudeltaan riittävät ja tarpeelliset tiedot. Merkinnät tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä sekä käytettävien käsitteiden ja lyhenteiden tulee olla yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä. Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen koostuu hoidon tarpeesta, suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Rakenteisella kirjaamisella voidaan helpottaa potilastietojen hakua, kirjaamista ja hoidon seurantaa. (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015, 13 - 17).

3.1 Mallihoitosuunnitelma

Aiemmin Carean yksiköissä käytössä ollut Effican hoitokertomus Whoike on kevään 2015 aikana korvattu uudella HOKE–hoitokertomuksella. HOKE:n tavoitteena on alueellisen tiedon hyödynnettävyyden ja hoidon jatkuvuuden paraneminen. HOKE:n myötä käyttöön on otettu mallihoitosuunnitelmat, joiden tarkoitus on potilaan hoidon suunnittelun helpottuminen ja suunnitteluun käytetyn ajan minimointi. Lisäksi mallihoitosuunnitelmat varmistavat potilaan hoidon tasalaatuisuuden ja yhdenmukaiset toimintamallit. Systemaattinen kirjaaminen helpottaa tiedon löytymistä ja varmistaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. (Kuurne, 2015).

Mallihoitosuunnitelmissa tulee huomioida potilaslähtöisyys sekä Carean terveyden ja kuntoutumisen edistämisen toimintamallit. Mallihoitosuunnitelma vaatii aina soveltuvuuden arvioinnin yksilöllisesti potilaan hoidon tarpeet huomioiden. (Kuurne, 2015).

Mallihoitosuunnitelma pohjautuu suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuteen, eli Finnish Care Classification (FinCC), versio 3.0. FinCC muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja Suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta (SHTuL). SHTaL:lla ja SHToL:lla on yhteensä 17 komponenttia, joiden alle on koottu tarveluokitukseen ja toimintoluokitukseen pää- ja alaluokat, joita on yhteensä 545. Kirjaaminen tapahtuu käytännössä pää- ja alaluokille. SHTuL:n

avulla arvioidaan hoidon tulosta kolmella eri vaihtoehdolla, joita ovat tulos ennallaan, tulos parantunut tai tulos heikentynyt. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2014, 3).

3.2 Hoidon tarve

Hoidon tarve on hoitohenkilöstön laatima kuvaus potilaan elämäntilanteeseen tai hoitoon liittyvistä ongelmista. Kuvaukseen liittyvät ongelmat voivat olla jo olemassa olevia tai tulevaisuudessa mahdollisia ja niitä voidaan lievittää tai poistaa hoitotoimintojen avulla. Hoidon tarpeen määrittäminen tekevät hoitaja ja potilas yhdessä perustuen potilaan kertomiin oireisiin ja hoitajan havainnointiin. Määrittämiseen osallistuvat tarvittaessa myös muut terveydenhuoltoalan ammattiryhmät. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 47.)

Carean itsetuhoiselle aikuispotilaalle laaditun mallihoitosuunnitelman mukainen hoidon tarve on psyykkinen tasapaino; itsetuhoisuus (Raussi 2015).

3.3 Hoidon tavoitteet

Hoidon tavoitteet ovat potilaskeskeisiä ja ne asetetaan tunnistettujen ongelmien vähentämiseksi tai poistamiseksi tietyn ajan kuluessa. Niiden tulee olla realistisia suhteessa potilaan voimavaroihin, hoitotyön keinoin saavutettavissa sekä dokumentoituja ja aikaan sidoksissa olevia. Tavoitteiksi voidaan asettaa päätavoite sekä osatavoitteita. Niiden pitää olla konkreettisia, jotta niitä voidaan arvioida. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 48.)

Carean mallihoitosuunnitelmassa hoidon tavoitteena on itsetuhoisuuden poistuminen (Raussi 2015).

3.4 Hoitotyön suunnitellut toiminnot

Hoitotyön suunnitellut toiminnot ovat hoitotyön auttamismenetelmiä, joiden tavoitteena on auttaa potilasta edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sai-

rautensa kanssa tai auttaa kuoleman lähestyessä. Auttamismenetelmät valitaan hoidon tavoitteiden mukaan ottaen huomioon potilaan oman tahdon sekä itsehoitovalmiuden. Keinojen valintaan vaikuttavat potilaan terveydentila, toimintakyky, arvot, elämäntilanne, elinympäristö sekä henkilökunnan määrä ja hoitovälineiden saatavuus. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 49.)

Carean mallihoitosuunnitelmassa suunnitellut toiminnot ovat: läsnäolo, vierihoitaminen, rauhoittaminen, itsetuhoisen käyttäytymisen estäminen, psyykkisen tilan seuranta, omahoitajakeskustelu, potilaan todellisuuden kuunteleminen, eri hoito- ja terapiamuotojen käyttö ja psyykkistä tasapainoa edistävä ohjaus. (Raussi 2015.)

Läsnäololla tarkoitetaan sitä, että hoitaja on helposti potilaan saatavilla. Hoitaja tarkistaa potilaan voinnin usein ja reagoi nopeasti potilaan kutsuun. Potilaan tarpeiden huomioiminen ja niihin vastaaminen tilanteen vaatimalla tavalla luovat potilaalle turvallisuuden tunteen. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 434.)

Vierihoidamista voidaan käyttää hoitokeinona esimerkiksi itsetuhoisen käyttäytymisen estämisessä ja päihteiden käytön katkaisemisessa. Vierihoidon tarkoituksena on saada potilaaseen hoitokontakti sekä kehittää potilaan sisäistä kontrollia ja itseluottamusta. Vierihoidamisessa mahdollistetaan hoitajan ja potilaan tiivis yhdessä olo ja rajataan potilaan vuorovaikutus hänelle haitallisten tekijöiden kanssa. (Iivanainen & Syväoja 2012, 363.)

Rauhoittamisen keinoina käytetään ensisijaisesti puhumista, kuuntelemista, läsnäoloa ja lempeää koskettamista. Järeämpiä hoitokeinoja, kuten kiinnipitämistä, eristämistä tai lepositeisiin laittamista, voidaan joutua käyttämään itsetuhoisen, väkivaltaisen ja hyvin sekavan potilaan kohdalla. (Iivanainen & Syväoja 2012, 607 – 608.)

Itsetuhoisen käyttäytymisen estämisessä tärkeää on luottamuksellisen ilmapiirin luominen ja hoitajan kiireetön läsnäolo. Itsetuhoajatuksista ja itsemurhaan liittyvistä asioista tulee puhua mahdollisimman suoraan. Tärkeää on löytää sellaisia voimavaroja tai positiivisia asioita, joiden takia kannattaa elää. (Iivanainen ym. 2012, 478.) Itsetuhoisen käyttäytymisen estämiseen kuuluu myös kaikkien niiden esineiden ottaminen pois potilaan ulottuvilta, joilla hän

voisi itseään vahingoittaa (Punkanen 2001, 126). Käytössä on myös maailmanlaajuisesti potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen sopimus, jossa potilas lupaa, ettei hän yritä tai tee itsemurhaa (Soisalo 2012, 9).

Psyykkisen tilan seurantaan kuuluvat normaalista poikkeavat havainnot potilaasta, kuten ulkoinen olemus, mieliala- ja tunnereaktiot sekä aistitoiminnot ja orientoituminen. Psyykkistä tilaa voidaan arvioida myös potilaan käyttämien defenssien perusteella. Tällaisia ovat muun muassa kiukku ja kieltäminen, pako päiväuniin, eristäminen ja torjunta. (Iivanainen ym. 2012, 470 – 471.) Psyykkisen tilan seurantaan kuuluu myös itsemurhariskin arviointi, mitä toteutetaan muun muassa potilaan kanssa keskustelemalla (Punkanen 2001, 126).

Omahoitajakeskustelu on psykiatrisen hoitotyön ydin. Se on vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitajan välillä ja antaa pohjaa vankemmalle persoonallisuuden rakentumiselle, sekä auttaa elämänlaadun kohentumisessa. Omahoitajakeskustelu on turvallista, tavoitteellista, mahdollisimman kiireetöntä ja realiteetteihin perustuvaa. (Iivanainen ym. 2012, 477.)

Potilaan todellisuuden kuunteleminen voi olla haasteellista etenkin vaikeissa psykooseissa. Potilaan tarinaa on kuunneltava ymmärryksen lisäämiseksi menemättä kuitenkaan mukaan harhoihin. Myös potilaan perheen ja läheisten todellisuuden ymmärtäminen tulee huomioida. Tarkoitus on luoda keskusteluyhteys ja rakentaa silta eri todellisuuksien välille. (Iivanainen & Syväoja 2012, 479.)

Eri hoito- ja terapiamuotojen käyttö on havaittu hyödylliseksi mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Lääkehoito on yleensä välttämätöntä erityisesti psykooseissa ja vaikeassa masennuksessa, mutta sen rinnalla voidaan käyttää myös erilaisia vaikuttavaksi todettuja terapioiden, kuten psykoterapiaa, traumaterapiaa ja kognitiivista terapiaa. (Iivanainen & Syväoja 2012, 480 – 483.)

Psyykkistä tasapainoa edistävän ohjauksen tavoitteena on potilaan omien voimavarojen vahvistaminen niin, että hänen jokapäiväinen hyvinvointinsa on turvattu. Potilasta ohjataan sietämään painetta, tunnistamaan ja ilmaisemaan omia tunteitaan ja olemaan vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Hoitajan tehtävä on olla ymmärtävä, mutta puolueeton, luoda toivoa ja auttaa potilasta selkiyttämään, mikä on todellisuutta ja missä realiteetti on vääristynyt. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 433.)

Carean itsetuhoisen potilaan mallihoitosuunnitelmaa muokataan yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan lisäämällä tai poistamalla suunniteltuja toimintoja. Tällaisia lisättäviä toimintoja ovat esimerkiksi eristämiseen liittyvät toiminnot. Myös lääkehoitoon liittyvä suunniteltu toiminto lisätään tarvittaessa mallihoitosuunnitelmaan, jos potilaalle itsetuhoisuuden ehkäisemiseksi suunnitellaan annettavan tarvittavaa lääkettä. Ohjeistuksen lääkityksestä antaa lääkäri potilaskohtaisesti. (Marttila 2016.)

3.5 Hoidon toteutus ja tulos

Hoidon toteutus on suunniteltujen toimintojen toimeenpanoa ja toteutusta. Toiminnoissa noudatetaan hoitotyön periaatteita, kuten yksilöllisyyttä, ammatillisuutta, omatoimisuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Hoitoa voi toteuttaa hoitaja, potilas tai hänen omaisensa. Tärkeää on tukea potilaan omia voimavaroja ja näin edistää hänen mahdollisimman itsenäistä selviytymistään. Potilaskertomukseen kirjataan toteutuneet hoitotyön toiminnot. Kirjaaminen tehdään potilaslähtöisesti ja mahdollisimman tarkasti ja siihen voidaan liittää potilaan omia ajatuksia hoidon toteutumisesta. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 49.)

Hoidon tuloksessa arvioidaan, miten hoidolle asetetut tavoitteet on saavutettu ja olivatko ne potilaan tilanteeseen nähden sopivia ja realistisia. Arviossa kuvataan potilaan tilassa tapahtuneet muutokset ja miten potilas itse on kokenut hoitonsa: onko hänen ongelmansa poistunut tai lievittynyt. Tarvittaessa hoidolle voidaan asettaa uudet tavoitteet, tarpeet ja hoitotyön suunnitellut toiminnot. Arviointia ja tarpeenmäärittystä jatketaan, kunnes kaikki tavoitteet on saavutettu. Arviointia suoritetaan lyhyin väliajoin nopeasti vaihtuvissa tilanteissa ja muissa tapauksissa harvemmin, esimerkiksi viikon tai kuukauden välein. Tietoa kerätään kyselemällä, havainnoimalla ja mittaamalla. Hoitojakson päätyttyä tehdään hoitotyön yhteenveto, johon kirjataan kaikki potilaan saama hoito ja hoidossa tapahtuneet keskeiset asiat. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 49.)

4 TYÖNKULKU

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytetään systemaattista kirjallisuuskatsausta. Systemaattisuudella tarkoitetaan ennalta määritetyn suunnitelman mukaista toimintaa tai metodologiaa (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan koota ja arvioida jo olemassa olevaa tietoa tai osoittaa mahdolliset puutteet tutkimustiedossa (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 44).

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkimus kohdistuu jo olemassa oleviin tarkasti valikoituihin ja rajattuihin, tietyssä aikana tehtyihin tutkimuksiin. Se tulisi päivittää aika ajoin tulosten relevanttiuden ylläpitämiseksi. Katsauksen otetaan mukaan vain tarkoitusta vastaavat korkealaatuiset tutkimukset. Jokainen vaihe on tarkkaan määritelty ja kirjattu, mikä mahdollistaa virheiden minimoimisen ja katsauksen toistettavuuden. Tutkimusten erityisen tarkka valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessi erottaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen muista kirjallisuuskatsauksista. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri, 2007, 4 - 5).

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa työ etenee vaihe vaiheelta. Karkeasti jaoteltuna vaiheita on kolme: katsauksen suunnittelu, katsauksen tekeminen ja katsauksen raportointi. Suunnitteluvaiheessa määritellään katsauksen tarve ja tarkastellaan aiempia tutkimuksia aiheesta. Lisäksi tehdään tutkimussuunnitelma, josta ilmenee tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymysten määrittämisen jälkeen valitaan menetelmät katsauksen tekoon. Menetelmät sisältävät hakutermien sekä tietokantojen valinnat. Elektronisen tietokantahaun lisäksi tulisi hakuun sisällyttää myös manuaalista tiedon hakua mahdollisimman kattavan tiedon saamiseksi. Olemassa olevien tutkimusten laadun arviointi sekä tutkimusten tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat tärkeä osa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekoa. (Johansson ym. 2007, 5 - 6).

Toisessa vaiheessa valikoidaan mukaan otettavat tutkimukset, jotka analysoidaan tutkimuskysymysten ja laadukkuuden mukaisesti sekä syntetisoidaan tutkimusten tulokset. Kaikkien vaiheiden tarkka kirjaaminen on tärkeää katsauksen onnistumisen ja tulosten luotettavuuden takaamiseksi. Viimeisessä

vaiheessa raportoidaan tulokset ja tehdään johtopäätökset. (Johansson ym. 2007, 6 - 7).

4.2 Tutkimussuunnitelma

Tutkimussuunnitelman laatiminen on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen ja tärkein vaihe. Se ohjaa tutkimusprosessin etenemistä, varmistaa tieteellistä täsmällisyyttä ja vähentää systemaattista harhaa. Systemaattisella harhalla tarkoitetaan tutkimusprosessissa tapahtuvaa virhettä, joka muuttaa tutkimustulosta tai päätelmiä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.)

Tutkimussuunnitelmassa määritellään tutkimuskysymykset, joihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Hyvä tutkimussuunnitelma ja täsmälliset taustakysymykset auttavat katsauksen rajaamisessa, jotta vain aiheen kannalta hyödylliset tutkimukset tulevat huomioiduiksi. (Johansson ym. 2007, 47.) Lisäksi valitaan menetelmät alkuperäistutkimusten keräämiseksi, sekä niiden sisäänotto- ja laatuksiteerit. Mikäli tutkimussuunnitelmasta poiketaan, tulee se kirjata tarkasti, jotta katsaus olisi toistettavissa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.)

4.3 Tutkimuskysymysten määrittäminen

Tutkimuskysymyksistä käy ilmi se, mihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Kysymysten tulee olla selkeitä ja tarkasti rajattuja ja niitä voi olla yksi tai useampia. Tutkimuskysymysten määrittäminen perustuu tutkijan taustasitoumuksiin, aiempaan tietoon aiheesta, sekä mielenkiinnonkohteisiin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39 - 40.)

Tutkimuskysymysten asettamisessa tulee huomioida neljä tekijää: potilasryhmä tai tutkittava asia, tutkittava interventio, interventioiden vertailu ja kliiniset tulokset. Nämä tekijät tulee ottaa huomioon myös katsauksen kirjallisuushauissa ja artikkeleiden arvioinnissa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 47.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen kohteena ovat itsetuhoiset aikuispotilaat. Tutkittava interventio on mallihoitosuunnitelman vertaaminen tutkimustietoon

itsetuhoisista aikuispotilaista. Koska mallihoitosuunnitelma on käytössä psykiatrisessa sairaalahoidossa olevilla potilailla, rajautuu potilasryhmä nimenomaan sairaalahoidossa oleviin potilaisiin. Interventioiden vertailu perustuu itsetuhoisen potilaan hoidon tarpeisiin, hoitotyön suunniteltuihin toimintoihin sekä hoidon toteutukseen. Kliinisiin tuloksiin, eli raportoitaviin tutkimuksiin, valitaan ne tutkimukset, jotka sisältävät työn kannalta oleelliset tiedot hoidon tarpeista, suunnitelluista toiminnoista ja hoidon toteutuksesta. Tutkimuskysymykset on muodostettu vastaamaan työelämän tarvetta.

1. Mitkä ovat itsetuhoisen potilaan hoidon tarpeet näyttöön perustuvan tiedon perusteella?
2. Mitkä ovat itsetuhoisen potilaan hoitotyön suunnitellut toiminnot näyttöön perustuvan tiedon perusteella?
3. Mitkä hoitotyön toiminnot korostuvat itsetuhoisen potilaan hoidon toteutuksessa?
4. Miten näyttöön perustuvan tiedon varassa laadittu itsetuhoisen potilaan hoitoprosessi eroaa mallihoitosuunnitelmasta?

4.4 Hakusanojen valinta

Tiedonhaun tarkoituksena on löytää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kannalta relevantit tutkimukset. Hakuprosessi on koko katsauksen onnistumisen kannalta kriittinen vaihe, sillä virheellisesti tehdyt haut johtavat epäluotettavaan tulokseen. Kieliharhan ehkäisemiseksi tulisi hakusanoissa käyttää useampaa kuin yhtä kieltä. Hakustrategian suunnittelussa voidaan hyödyntää yhteistyötä tutkijan tai kirjastoalan ammattilaisen kanssa. (Johansson ym. 2007, 49.)

Osallistuimme Kymenlaakson ammattikorkeakoulun kirjaston järjestämään tiedonhakukoulutukseen 15.4.2016 saadaksemme apua tiedonhaun suunnitteluun. Tutkimuskysymysten ja teoriaosuuden pohjalta valitsimme koehakuun hakusanoiksi itsetuhoisen, itsemurha, potilas, hoito, hoitoprosessi, hoitotyön

tarve, suunnitellut toiminnot, osastohoito, suicidal, self harm, treatment, nursing, care, need ja process. Saadaksemme tietoa osastolla toteutettavasta hoitotyöstä lisäsimme tutkimuskysymykseen 3 hakusanoiksi psykiatrinen potilas, inpatient ja psychiatric nursing. Hakusanojen kääntämisessä suomen kielestä englanniksi käytimme apuna elektronista MOT-sanakirjaa.

Hakusanoja on hyvä katkaista, jotta kaikki sanan taivutusmuodot löytyvät. Yleisin käytössä oleva katkaisumerkki on tähti *. Muita merkkejä ovat muun muassa \$, #, ? ja !. (Tähtinen 2007, 22.)

4.5 Tietokantojen valinta

Tietokantahaut perustuvat hakustrategioihin, joissa määritetään tietokannat, hakusanat ja indeksoidut termit sekä näiden yhdistelmät. Hakustrategiat ovat erilaisia jokaisessa tietokannassa, joten haut ja niiden rajaukset tulee määrittellä erikseen jokaiseen tietokantaan. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.)

Nelli on tiedonhakuportaali, jonka avulla voi tehdä tiedonhakuja useisiin tietokantoihin samanaikaisesti. Lisäksi se tarjoaa linkitysmahdollisuuden tietokantojen ja kokotekstiaineistojen välille. Suomen korkeakoulukirjastoissa on käytössä Voyager-järjestelmä, jolla toimivat kokoelmatietokannat ja yhteistietokannat kuten Linda ja Arto. Medic on kotimainen tietokanta, joka sisältää viitteitä terveystieteellisestä kirjallisuudesta. Lisäksi kotimaisia tiedonhakuportaleja ovat muun muassa terveysportti, joka on Duodecimin ylläpitämä verkkosivusto, sekä SUOMA, josta voi etsiä kotimaisia lääketieteellisiä aikakauslehtiä. Kansainvälisiä hoitotieteen, lääketieteen ja terveydenhuollon tietokantoja ovat muun muassa PubMed ja Cinahl. (Tähtinen 2007, 28—31.)

Teimme koehakuja 28.10.2016 tietokannoista Medic, Melinda, Cinahl ja PubMed. Tarkoituksena oli selvittää mistä tietokannoista löytyy eniten työmme kannalta oleellista tutkimustietoa. Päädyimme käyttämään varsinaisessa tiedonhaussa samoja tietokantoja kuin koehaussa. Koehaussa tietokantoihin ei ole tehty rajoituksia.

Taulukko 2. Koehaku tietokannoista tutkimuskysymykseen 1.

Hakusanat	Tietokanta	Hakutulokset
itsetuho? AND pot?	Melinda	41
itsetuho* AND hoi* AND tar*	Medic	3
suicidal behaviour AND treatment AND nursing	Cinahl	1
suicidal behaviour AND treatment		48
suicidal behaviour AND treatment AND need	PubMed	815
suicidal behaviour AND treatment		8541

4.6 Alkuperäistutkimusten haku

Alkuperäistutkimusten haku perustuu tutkimuskysymyksiin ja se tehdään systemaattisesti kohdistuen haut niihin tietolähteisiin, joista oletetaan saatavan tutkimuksen kannalta oleellista tietoa. Tutkimuksia tulisi hakea sekä sähköisesti, että manuaalisesti. Näin varmistetaan, ettei elektronisen haun ulkopuolelle jää relevantteja alkuperäistutkimuksia. Käsihakuun valitaan keskeiset lehdet, teokset, abstraktit, tutkimusrekisterit, konferenssijulkaisut, julkaisusarjat ja lähdeluettelot. Jokaiseen tutkimuskysymykseen tehdään haut eri hakusanoilla mahdollisimman monipuolisesti. Kieliharhan välttämiseksi hakua ei tulisi rajata vain yhteen kieleen. Julkaisuharhan vähentämiseksi tulisi pyrkiä löytämään myös julkaisemattomat lähteet. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40 – 41.)

Alkuperäistutkimusten elektronisen tiedonhaun suoritimme 3.11.2016 ja manuaalisen tiedonhaun 8.11.2016. Manuaalisessa tiedonhaussa kävimme läpi lehdet *Hoitotiede*, *Tutkiva hoitotyö* ja *Psykologia*. Olemme asettaneet tarkat rajaukset jokaiseen tietokantaan mahdollisimman kattavan, mutta luotettavan tutkimusmateriaalin löytämiseksi. Aikarajaukseksi olemme asettaneet vuosien 2006-2016 välillä julkaistut tutkimukset, sillä aiheesta on saatavilla niukasti tutkittua tietoa. Elektronisessa haussa tietokantoihin asetimme seuraavanlaiset rajaukset:

Elektroninen tietokanta Medic:

1. Vain kokotekstit
2. Asiasanojen synonyymit käytössä
3. Kielet: suomi ja englanti
4. Kaikki julkaisutyypit
5. Vuosiväli 2006 - 2016
6. Sanat katkaistu * - merkillä

Elektroninen tietokanta Melinda:

1. Kaikki kielet
2. Julkaisuvuosi: 2006-2016
3. Kaikki aineisto
4. Sanat katkaistu ? - merkillä

Elektroninen tietokanta Cinahl:

1. Linked full text
2. Publication date: 2006 - 2016
3. Publication type: all
4. Sanoja ei ole katkaistu
5. Language: English
6. Find all of my seach terms
7. Age: all adult

Elektroninen tietokanta PubMed:

1. Clinical Trial
2. Free full text
3. Publication dates 10 years
4. Species human
5. English
6. Medline, Nursing journals
7. Adult: 19+ years
8. Sanoja ei ole katkaistu

Taulukko 3. Alkuperäistutkimusten systemaattinen haku ensimmäiselle tutkimuskysymykselle ”Mitkä ovat itsetuhoisen potilaan hoidon tarpeet näyttöön perustuvan tiedon perusteella?”

Hakusanat	Tietokanta	Hakutulokset
itsetuh* AND itsemurh* AND hoi* NOT nuor* AND laps*	Medic	25 (suomi) + 12 (englanti) =37
itsetuh* AND itsemurh* AND hoi* AND tar* NOT nuor* AND laps*		39 (Suomi) + 16 (Englanti) =55
itsetuh? AND itsemurh? AND hoi?	Melinda	25
itsetuh? AND itsemurh? AND pot? AND hoi?		10
suicidal AND patient AND treatment	Cinahl	24
self harm OR self injury OR self mutilation AND psychiatric patients AND treatment		7
suicidal AND patient AND treatment	PubMed	103
self harm AND patient AND treatment		38

Taulukko 4. Alkuperäistutkimusten systemaattinen tiedonhaku toiselle tutkimuskysymykselle ”Mitkä ovat itsetuhoisen potilaan hoitotyön suunnitellut toiminnot näyttöön perustuvan tiedon perusteella?”

Hakusanat	Tietokanta	Hakutulokset
itsetuh* AND itsemurh* AND suunnit* AND toimin* NOT nuor* AND laps*	Medic	1 (Suomi) + 1 (Englanti) =2
itsetuh* AND itsemurh* AND erikoissairaanhoi*		2 (Suomi) + 1 (Englanti) =3
itsetuh? AND itsemurh? AND suunnit? AND toimin?	Melinda	0
suicidal AND behaviour AND care	Cinahl	15
suicidal AND behavior AND nursing		9
self harm AND care	PubMed	36

Taulukko 5. Alkuperäistutkimusten systemaattinen tiedonhaku kolmannelle tutkimuskysymykselle ”Mitkä hoitotyön toiminnot korostuvat itsetuhoisen potilaan hoidon toteutuksessa?”

Hakusanat	Tietokanta	Hakutulokset
itsetuh* AND itsemurh* AND psyk* AND pot*	Medic	34 (Suomi) + 14 (Englanti)

NOT nuor* AND laps*		=48
itsetuh? AND itsemurh? AND psyk? AND pot?	Melinda	10
suicidal behaviour AND inpatient psychiatric nursing AND suicidal behaviour	Cinahl	5 3
suicidal behavior AND inpatient AND treatment	PubMed	6

Taulukko 6. Alkuperäsitutkimusten systemaattinen tiedonhaku neljännelle tutkimuskysymykselle ”Miten näyttöön perustuvan tiedon varassa laadittu itsetuhoisen potilaan hoitoprosessi eroaa mallihoitosuunnitelmasta?”

Hakusanat	Tietokanta	Hakutulokset
itsetuh* AND itsemurh* AND hoi* AND proses* NOT nuor* AND laps*	Medic	25 (Suomi) + 12 (Englanti) =37
itsetuh? AND itsemurh? AND hoi? AND proses?	Melinda	0
suicidal behavior AND treatment AND process	Cinahl	0
suicidal behaviour AND treatment AND process	PubMed	4

Työhömmä soveltuvien alkuperäistutkimusten heikon saatavuuden vuoksi teimme täydennyshaun 8.11. tietokannasta Science Direct. Asetimme seuraavanlaiset rajaukset:

1. Content type: Journals
2. Sources: Nursing and health professionals
3. Publication dates: 2006 - 2016
4. Publication title:
 - Archives of Psychiatric Nursing (14)
 - Biological Psychiatry (13)
 - General Hospital Psychiatry (11)
 - European Psychiatry (7)
 - International Journal of Nursing Studies (7)
 - Psychiatry Research (7)
 - Psychiatric Clinics of North America
5. Topic:
 - patient (34)
 - mental health (20)
 - psychiatry (15)
 - suicide (10)
 - schizophrenia (9)
 - suicidal (8)
 - bipolar disorder (7)
 - suicide attempt (6)
 - mental (5)
 - hospital (4)
 - nurse (4)
 - primary care (4)
 - psychiatric (4)
 - depression (3)
 - medicine (3)
 - suicidal behavior (3)
 - unite state (3)
 - biological psychiatry (2)
 - family (2)
 - health care (2)

Taulukko 7. Alkuperäistutkimusten täydennyshaku.

Hakusanat	Tietokanta	Hakutulokset
self harm AND inpatient AND suicidal AND care AND nursing AND hospital	Science Direct	65

4.7 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävälle alkuperäistutkimuksille määritetään tarkat, tutkimuskysymyksiin perustuvat, sisäänottokriteerit. Näillä tarkoitetaan edellytyksiä tai rajoituksia, joiden mukaan alkuperäistutkimukset valitaan. Rajauksia voidaan tehdä esimerkiksi tutkimuksen lähtökohtaan, tutkimusmenetelmään- ja kohteeseen, tuloksiin tai laatutekijöihin. (Kääriäinen ym. 2006, 41.) Katsauksen luotettavuuden varmistamiseksi tulisi sisäänottokriteereiden toimivuus esitellä parilla sattumanvaraisesti valitulla alkuperäistutkimuksella (Johansson ym. 2007, 59).

Sisäänottokriteerien tarkalla rajauksella voidaan vähentää valikoitumisharhaa. Tämä tarkoittaa sitä, että valitaan mahdollisimman täsmällisesti tutkimuskysymysten kannalta olennaiset tutkimukset. Valikoitumisharhaa vähentää myös se, että alkuperäistutkimuksen valinnan tekee kaksi itsenäistä, toisistaan riippumatonta arvioijaa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Sisäänottokriteereiksi valitsimme seuraavat tekijät:

1. Alkuperäistutkimus on tehty vuonna 2006 tai sen jälkeen
2. Alkuperäistutkimus on suomen- tai englanninkielinen
3. Alkuperäistutkimus käsittelee itsetuhoisen potilaan osastohoitoa tai sisältää työn kannalta oleellisesti hyödynnettävää tietoa
4. Hakusana löytyy tutkimuksen otsikosta tai tiivistelmästä
5. Alkuperäistutkimus on tieteellinen tutkimus, artikkeli tai väitöskirja
6. Alkuperäistutkimus esiintyy työssä vain kerran

4.8 Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi

Hyväksyttävien ja hylättävien alkuperäistutkimusten valinta perustuu asetettuihin sisäänottokriteereihin. Vastaavuutta tarkastellaan vaiheittain. Ensin valitaan otsikon perusteella ne alkuperäistutkimukset jotka vastaavat sisäänottokriteereitä. Jos vastaavuus jää tältä osin epäselväksi, valinta tehdään abstraktin tai koko alkuperäistutkimuksen perusteella. Jos yhdestä tutkimuksesta on

useampi julkaisu, valitaan toistojulkaisemisharhan välttämiseksi näistä vain kattavin. Hyväksytyjen ja hylättyjen tutkimusten lukumäärät sekä hylkäämisperustelut kirjataan jokaisen vaiheen yhteydessä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Kumpikin arvioija valitsee itsenäisesti alkuperäistutkimukset sisäänottokriteerien perusteella. Tämän jälkeen jokaisen vaiheen hyväksytyjä ja hylättyjä alkuperäistutkimuksia tarkastellaan suhteessa toisen arvioijan valintoihin. Eri-mielisyydet ratkaistaan konsensuksena. Manuaalisesti haettujen alkuperäistutkimusten valinnan tekee vain yksi arvioija. Valinta perustuu hakustrategiassa määriteltuihin sisäänottokriteereihin. Manuaalisesti löydetty alkuperäistutkimukset liitetään elektronisesti löydettyihin tutkimuksiin ja lopullinen valinta tapahtuu yhdistetystä aineistosta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta on tärkeää myös arvioida valittujen alkuperäistutkimusten laatua. Laadun arvioinnissa tarkastellaan esimerkiksi alkuperäistutkimuksen sovellettavuutta ja käyttöä sekä siinä käytettyjen menetelmien laatua. Peruskriteerit laadulle määritetään jo tutkimussuunnitelmassa ja –kysymyksissä ja niitä tarkennetaan vielä ennen lopullisten alkuperäistutkimusten valintaa. Laadun arvioinnin jälkeenkin on vielä mahdollista hylätä tarkoitukseen sopimattomia alkuperäistutkimuksia. (Kääriäinen ja Lahtinen 2006, 42.)

Taulukko 8. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen hakusanat ja hyväksytyt sekä hylätyt tutkimukset.

Hakusanat	Tietokanta	Hyväksyttyt tutkimukset	Hylätyt tutkimukset	Tutkimuksia yhteensä
itsetuh* AND itsemurh* AND hoi* NOT nuor* AND laps*	Medic	0	37	37
		0	55	55

itsetuh* AND itsemurh* AND hoi* AND tar* NOT nuor* AND laps*				
itsetuh? AND itsemurh? AND hoi?	Melinda	0	25	25
itsetuh? AND itsemurh? AND pot? AND hoi?		0	10	10
suicidal AND patient AND treatment	Cinahl	0	24	24
self harm OR self in- jury OR self mutila- tion AND psychiatric patients AND treat- ment		1	6	7
suicidal AND patient AND treatment	PubMed	0	103	103
self harm AND pa- tient AND treatment		0	38	38

Taulukko 9. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen hyväksytyt tutkimukset.

Tekijä(t), vuosi ja tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/ otos
Duncan Stewart, Jamie Ross, Charlotte Watson, Karen James & Len Bowers. 2011. Patient characteristics and behaviours associated with self-harm and attempted suicide in acute psychiatric wards	Tutkimuksessa tarkasteltiin itsetuhoista käytöstä tai itsemurhayritystä edeltäviä ja seuranneita tapahtumia, sekä itsetuhoisten potilaiden ominaispiirteitä.	Tutkimus suoritettiin havainnoimalla potilaita tapauskohtaisesti konfliktitilanteissa ensimmäisen kahden viikon aikana osastolle saapumisesta. Konfliktitilanteet kerättiin hoitajien tarkastuslistoihin, joista tutkijat analysoivat tulokset.	522 akuutti-psykiatrian osastolla hoidossa ollutta potilasta, 84 eri osastolta 31 eri sairaalasta aikaväliltä 7/2009-3/2010. Lontoo ja ympäröivät alueet.
Alkuperäistutkimuksen laadun arviointi	+ Tutkimuksen vaiheet hyvin esillä + Laaja otos + Tutkimustulokset kattavasti esitelty + Tutkimuksen luotettavuus hyvin perusteltu		

Taulukko 10. Toisen tutkimuskysymyksen hakusanat ja hyväksytyt sekä hylätyt tutkimukset.

Hakusanat	Tietokanta	Hyväksyttyt tutkimukset	Hylätyt tutkimukset	Tutkimuksia yhteensä
itsetuh* AND itsemurh* AND suunnit* AND toimin*	Medic	0	2	2
NOT nuor* AND laps*				
itsetuh* AND itsemurh* AND erikoissairaanhoid*		0	3	3
itsetuh? AND itsemurh? AND suunnit? AND toimin?	Melinda	0	0	0
suicidal AND behaviour AND care	Cinahl	0	15	15
suicidal AND behavior AND nursing		0	9	9
self harm AND care	PubMed	0	36	36

Taulukko 11. Kolmannen tutkimuskysymyksen hakusanat ja hyväksytyt sekä hylätyt tutkimukset.

Hakusanat	Tietokanta	Hyväksyttyt tutkimukset	Hylätyt tutkimukset	Tutkimuksia yhteensä
itsetuh* AND itsemurh* AND psyk* AND pot* NOT nuor* AND laps*	Medic	0	48	48
itsetuh? AND itsemurh? AND psyk? AND pot?	Melinda	0	10	10
suicidal behaviour AND inpatient psychiatric nursing AND suicidal behaviour	Cinahl	0 0	5 3	5 3
suicidal behavior AND inpatient AND treatment	PubMed	0	6	6

Taulukko 12. Neljännen tutkimuskysymyksen hakusanat ja hyväksytyt sekä hylätyt tutkimukset.

Hakusanat	Tietokanta	Hyväksytyt tutkimukset	Hylätyt tutkimukset	Tutkimuksia yhteensä
itsetuh* AND itsemurh* AND hoi* AND proses* NOT nuor* AND laps*	Medic	0	37	37
itsetuh? AND itsemurh? AND hoi? AND proses?	Melinda	0	0	0
suicidal behavior AND treatment AND process	Cinahl	0	0	0
suicidal behaviour AND treatment AND process	PubMed	0	4	4

Taulukko 13. Täydennyshaun hakusanat ja hyväksytyt sekä hylätyt tutkimukset.

Hakusanat	Tietokanta	Hyväksytyt tutkimukset	Hylätyt tutkimukset	Tutkimuksia yhteensä
self harm AND inpa-	Science Direct	5	60	65

tient AND suicidal AND care AND nursing AND hospital				
--	--	--	--	--

Taulukko 14. Täydennyshaun hyväksytyt tutkimukset.

Tekijä(t), vuosi ja tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos
Cutcliffe J., Stevenson C., Jackson S. & Smith P. 2006. A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people	Selvittää tarjoavatko psykiatriset sairaanhoitajat tarkoituksenmukaista hoitoa itsetuhoisille potilaille? Minkälaista hoitoa?	Kvalitatiivinen haastattelututkimus. Sisällönanalyysi.	20 psykiatrista potilasta, jotka olivat joko yrittäneet itsemurhaa tai olivat suuressa riskissä yrittää. Iso-Britannia.
Alkuperäistutkimuksen laadunarviointi	+ Tutkimusmenetelmä tarkasti kuvattu ja sen käyttö hyvin perusteltu + Tutkittavat on valittu maantieteellisesti laajalta alueelta - Suppeahko otos		
Tekijä(t), vuosi ja tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos
Bowers L., Dack C., Gul N., Thomas B. & James K. 2010. Learning from prevented suicide in	Selvittää, millä keinoin itsemurhayrityksiä	Tutkimusmateriaali analysoitiin National Patient	602 analysoitavaa tapausta, jossa potilas oli

psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency	voidaan ehkäistä psykiatrisella osastolla.	Safety Agencyyn lähetyistä itsemurhayritys raporteista.	yrittänyt itsemurhaa. Tutkimusjakso kesti vuoden 2009. Potilaat olivat hoidossa eri psykiatristen sairaaloiden osastoilla. Englanti ja Wales.
Alkuperäistutkimuksen laadunarviointi	+ Laaja otos + Tutkimuksessa käytetty virallisia kansallisen tutkimuskeskuksen raportteja + Tutkimustulokset laajasti käsitelty ja perusteltu		
Tekijä(t), vuosi ja tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos
Cutcliffe J. & Stevenson C. 2006. Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people – A literature review	Selvittää tieteellisen tutkimustiedon perusteella, minkälaisista on itsetuhoisen potilaan hyvä hoito.	Kirjallisuuskatsaus.	Itsetuhoisten potilaiden hoitoa käsittelevät tieteelliset tutkimukset. Globaali.
Alkuperäistutkimuksen laadunarviointi	+ Tutkimustulokset hyvin esillä + Tutkimustulosten kriittinen pohdinta + Tutkittua tietoa vertailtu laajasti - Kirjallisuuskatsauksen vaiheita ei ole esitelty		
Tekijä(t), vuosi ja tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos

James K., Stewart D., Wright S. & Bowers L. 2012. Self harm in adult inpatient psychiatric care: A national study of incident reports in the UK	Kuvailla itseään vahingoittavien potilaiden sekä yleisesti itsetuhoisen käytöksen ominaispiirteitä aikuisten psykiatrisilla osastoilla.	Analyysi itseään vahingoittavien potilaiden tutkimusraporteista.	448 tutkimusraporttia katken koko Iso-Britannian.
Alkuperäistutkimuksen laadunarviointi	+ Tutkimuksen vaiheet hyvin esillä + Tutkimus käsittelee kattavasti koko maan tilannetta + Tuore tutkimus + Tulokset monipuolisesti esillä		
Tekijä(t), vuosi ja tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos
Hagen J., Loa Knizek B. & Hjelmeland H. 2016. Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor	Tutkia psykiatristen sairaanhoitajien kokemusta itsetuhoisen käytöksen tunnistamisesta ja siihen vastaamisesta.	Haastattelututkimus	8 psykiatrista sairaanhoitajaa, joilla kaikilla on 5-25 työkokemus psykiatrisella osastolla työskentelestä. Norja.
Alkuperäistutkimuksen laadunarviointi	+ Tutkimuksen vaiheet hyvin esillä + Pohjoismaalainen tutkimus + Uusin aiheesta tehty tutkimus - Tulosten hyödynnettävyys vähäinen		

Taulukko 15. Manuaalisen haun hyväksytyt ja hylätyt tutkimukset.

Lehti	Julkaisuvuodet	Hyväksytyt artikkelit	Hylätyt artikkelit	Artikkelit yhteensä
Hoitotiede	2006-2016	1	356	357
Tutkiva hoitotyö	2006-2016	0	257	257
Psykologia	2006-2016	0	180	180

Taulukko16. Manuaalisen haun avulla löytyneet hyväksytyt alkuperäistutkimukset.

Tekijä(t), vuosi ja tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos
Kyngäs H. & Timlin U. 2007. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä.	Tarkoituksena oli selvittää, miten hallittu hoidollinen rajoittaminen –toimintamalli toteutuu psykiatrisessa hoitotyössä hoitajien arvioimana. Tavoitteena oli saada tietoa toimintamallin käytöstä ja toimivuudesta.	Kvantitatiivinen tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella. Aineiston analyysissä käytettiin SPSS 14.0 for Windows –tilasto-ohjelmaa ja avoimet kysymykset analysoitiin sisälönanalyysin avulla.	274 hoitotyöntekijää, jotka olivat käyneet hallittu hoidollinen rajoittaminen –toimintamallin koulutuksen.

Alkuperäistutkimuksen laadun-arviointi	<ul style="list-style-type: none"> + Tutkimuksen vaiheet hyvin esillä + Hyvä tutkimuksen luotettavuuden pohdinta + Selkeä tulosten tarkastelu + Laaja otos + Kotimainen tutkimus - Aiheen merkittävyys opinnäytetyölle vähäinen
---	---

4.9 Analysointi ja tulosten esittäminen

Tiedonhaun jälkeen löysimme yhteensä seitsemän työhömmme soveltuvaa alkuperäistutkimusta. Varsinainen elektroninen tiedonhaku tuotti vain yhden sisäänottokriteerit täyttävän tutkimuksen, joten teimme täydentävän haun, joka tuotti lisäksi viisi työhömmme soveltuvaa tutkimusta. Manuaalisessa tiedonhaussa kävimme läpi Kymenlaakson ammattikorkeakoulun Metsolan kampuksen kirjastosta löytyvät seuraavat julkaisut: Hoitotiede, Tutkiva hoitotyö ja Psykologia. Manuaalinen tiedonhaku tuotti yhden työhömmme sopivan tutkimuksen. Tutkimuksista kuusi on kansainvälisiä ja yksi kotimainen.

Ennen tutkimuksen hyväksymistä luimme molemmat koko tutkimuksen varmistaaksemme, että se täyttää asetetut sisäänottokriteerit. Pelkän otsikon tai abstraktin perusteella emme voineet tutkimuksia hyväksyä, sillä niistä ei selvinnyt voiko tutkimuksen sisältöä hyödyntää työssämme. Yleisin syy tutkimusten hylkäämiseen oli se, että ne eivät sisältäneet oleellista tietoa itsetuhoisen potilaan osastohoidosta.

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävä ja analysoitava aineisto saadaan alkuperäistutkimusten valinnan ja laadun arvioinnin jälkeen. Analysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoituksena on vastata tutkimuskysymyksiin mahdollisimman selkeästi, kattavasti ja objektiivisesti. Huomiota tulisi kiinnittää alkuperäistutkimusten sisältöön ja laatuun sekä laatueroihin suhteessa tuloksiin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.) Analyysissä muodostettu malli, käsittekartta, kategoriat ja niiden sisällöt kuvataan tutkimuksen tuloksissa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10).

Analyysitavan valintaan vaikuttavat tutkimuskysymykset ja alkuperäistutkimusten luonne, laatu, lukumäärä ja heterogeenisyys. Kuvaileva analyysitapa on

mielekäästä valita silloin, kun aineisto on määrällisesti pieni ja alkuperäistutkimukset laadultaan eritasoisia. Tuloksissa kuvataan tulosten analyysi sekä ilmeiset yhtäläisyydet ja erot, varoen ylitulkintaa. Tilastollista analyysitapaa käytetään silloin, kun alkuperäistutkimukset ovat riittävän homogeenisiä. Tällöin tulosten esittämisessä arvioidaan vaikutuksia sekä käytetään taulukoita ja meta-analyysiä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.)

4.10 Sisällönanalyysi

Sisällön analyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sen avulla tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla, järjestää ja kvantifioida. Kvantifioinnilla tarkoitetaan sitä, että analyysiä jatketaan niin, että sanallisesti kuvatusta aineistosta voidaan tuottaa määrällisiä tuloksia. Tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan kuvaus tiivistetyssä ja selkeässä muodossa kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Hajanaisesta aineistosta kootaan selkeää ja yhtenäistä tietoa, mikä lisää aineiston informaatioarvoa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 107—108.) Lopputuloksena syntyy kategorioita, käsitteitä, käsitekartta, käsitejärjestelmä tai malli, joka kuvaa tutkittavaa ilmiötä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4—5).

Sisällön analyysissä voidaan edetä joko induktiivisesti, eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti, eli käyttäen hyväksi aineiston luokittelussa jotain aiempaa käsitejärjestelmää. Sekä induktiivisessä että deduktiivisessä sisällön analyysissä ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Se voi olla sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus, jonka valintaa ohjaa aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Analyysiyksikön valinnan jälkeen luodaan pohja analyysille lukemalla aktiivisesti aineisto läpi useita kertoja. Tämän jälkeen analyysi etenee joko induktiivisen tai deduktiivisen prosessin mukaisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Induktiivinen analyysiprosessi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi, jolla tarkoitetaan teoreettisten käsitteiden luomista (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Ensimmäisessä vaiheessa aineistosta karsitaan kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen pois. Ryhmitteilyvaiheessa aineistoa tiivistetään ryhmittelemällä samankaltaisuuksia ja eroa-

vaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Abstrahointivaiheessa luodaan valikoidun tiedon pohjalta teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 109—111.)

Deduktiivisessa, eli teorialähtöisessä, sisällönanalyysissä käytetään valmista viitekehystä, jonka avulla aineisto analysoidaan. Viitekehys voi olla teoria tai käsitejärjestelmä, jolloin analyysiä ohjaa teema tai käsitekartta. Aiemman tiedon pohjalta muodostetaan analyysirunko, jonka sisälle poimitaan aineistosta kategorioita noudattaen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. Deduktiivisessä sisällönanalyysissä voidaan käyttää myös strukturoitua analyysirunkoa, jolloin aineistosta poimitaan vain ne asiat, jotka sopivat analyysirunkoon. Näin voidaan testata aiempaa teoriaa uudessa kontekstissa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 113.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin menetelmänä deduktiivista sisällönanalyysiä. Analyysirunko on muodostettu opinnäytetyön teoriaosuuden pohjalta. Analyysirungon tutkimustulokset on kerätty tutkimuskysymyksiin sopivista alkuperäistutkimuksista Ensimmäisen tutkimuskysymyksen ”Mitkä ovat itsetuhoisen potilaan hoidon tarpeet näyttöön perustuvan tiedon perusteella?” tutkimustuloksissa vastataan itsetuhoisen potilaan hoidon tarpeisiin.

Taulukko 17. Itsetuhoisen aikuispotilaan hoidon tarpeet. Analyysirunko.

Itsetuhoisen aikuispotilaan hoidon tarve	Tutkimustulokset
Psyykkinen tasapaino; itsetuhoisuus	Itsemurha on monimutkainen ja moniulotteinen ilmiö, jota ei vielä täysin ymmärretä. Mikään yksittäinen seikka ei voi selittää sitä. (Cutcliffe & Stevenson 2007.) Itsetuhoisen käytöksen ja itsemurhayrityksen välillä on selkeä yhteys. Itsemurhaa yrittäneellä on usein aiempaa itsetuhoista käytöstä taustalla. Itsetuhoisen käytöksen lisäksi toinen itsemurhayritystä edeltävä riskitekijä on masennusoireet. (Stewart, Ross,

	<p>Watson, James & Bowers 2011.) Yleisimmin itsensä vahingoittaminen tapahtuu salassa, kuten potilaan huoneessa (41 %), kylpyhuoneessa tai wc-tilassa (Bowers, Dack, Gul, Thomas & James 2010). Naiset (65 %) vahingoittavat itseään yleisemmin kuin miehet ja käyttävät metodina ihon rikkomista. Itsetuhoista käytöstä edeltäviä tekijöitä ovat muun muassa potilaan kokemat vaikeat tunteet, ääni- ja näköharhat sekä potilaan uhkaava käytös. (James, Stewart, Wright & Bowers 2012.) Suurin osa itsetuhoisesta käytöksestä ilmenee ensimmäisen kahden viikon aikana osastolle saapumisesta. Yleisimmin itsensä vahingoittaminen tapahtuu ilta-aikaan. (Stewart ym. 2011.)</p>
--	--

Toisen tutkimuskysymyksen ”Mitkä ovat itsetuhoisen potilaan hoitotyön suunnitellut toiminnot?” analyysirungon tutkimustuloksiin on koottu hoitotyön suunniteltuihin toimintoihin liittyvät tekijät.

Taulukko 18. Itsetuhoisen potilaan hoitotyön suunnitellut toiminnot. Analyysirunko.

Itsetuhoisen potilaan hoitotyön suunnitellut toiminnot	Tutkimustulokset
Läsnäolo: <i>Tehostettu seuranta</i>	Itsetuhoista käytöstä voidaan tehokkaasti hallita tehostetulla seurannalla. Suurin osa itsemurhayrityksistä keskeytyi, kun henkilökunta löysi potilaan tarkistuskäynnillä. Myös muunlaiset tarkistuskäynnit potilaan huoneeseen, kuten kutsuminen syömään tai kävelyille, kes-

	<p>kustelu tai juoman tarjoaminen, ehkäisivät itsemurhia. Kuitenkin 19 % itsemurhayrityksistä onnistuu tehostetusta seurannasta huolimatta. Tehostettua seurantaa tulisi lisätä erityisesti osaston yksityisiin tiloihin, kuten potilashuoneisiin sekä wc- ja pesutiloihin. (Bowers ym. 2010.) Tehostetun seurannan on todistettu olevan tärkeä keino itsetuhoisen käytöksen ehkäisyssä ja se on suoraan yhdistettävissä itsetuhoisuuden vähentymiseen osastolla (James ym. 2012).</p>
Vierihoitaminen	<p>Vierihoitamista käytetään yleisesti itsetuhoisen käyttäytymisen estämisessä, mutta sen ei ole todistettu vähentävän potilaan halua vahingoittaa itseään. Vaikka vierihoitaminen on joskus välttämätön keino, se voidaan nähdä myös potilaan omaan henkilökohtaiseen tilaan tunkeutumisena. Se voi vaikuttaa alentavasti potilaan henkiseen hyvinvointiin ja saada potilaan levottomaksi. (James ym. 2012.)</p>
Rauhoittaminen	<p>Potilaan rauhoittaminen puhumalla on yleisimmin käytössä oleva keino purkaa tilanne, jossa potilas on vahingoittanut itseään. Keskustelu on potilasta tukevaa. Tavoitteena on etsiä positiivisempia selviytymiskeinoja ja antaa potilaalle mahdollisuus purkaa tunteitaan. Eristämistä käytetään rauhoittamisen äärimmäisenä keinona ja vain harvoin (1 %:ssa tapauksista). (James ym. 2012.) Suomessa on käytössä malli hallittu hoidollinen rajoittaminen, jonka mukaan hoitohenkilökunta pyrkii vuorovaikutuksen keinoin rauhoittamaan potilasta ja tarvittaessa käyttää myös fyysistä rajoittamista (Kyngäs & Timlin 2007).</p>

<p>Itsetuhoisen käyttäytymisen estäminen: <i>Yhteiset sopimukset ja lääkärin määräykset</i></p>	<p>Potilaan itsetuhoista käytöstä voidaan estää poistamalla terävät esineet, sidokset ja estämällä potilaan pääsy yksin itsetuhoisuuden mahdollistavilla alueilla kuten kylpyhuoneeseen (Stewart ym. 2011). Yleisimmin käytössä olevat itsemurhametodit ovat kuristautuminen (82,4 %), tukehduuttaminen ja itsemyrkyttäminen (Bowers ym. 2010). Itsetuhoisen potilaan hoidossa on yleisesti käytössä potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen sopimus, jossa potilas lupaa olla vahingoittamatta itseään hoidon aikana. Sopimus ei ole virallinen dokumentti, eikä tutkimusten mukaan voida osoittaa sillä olevan mitään vakuutta siitä, ettei potilas yritä itsemurhaa hoidon aikana. Sen sijaan sitä voidaan käyttää apuna potilaan itsetuhoisen käytöksen vakavuuden arvioinnissa. Sopimusta voidaan käyttää lisänä kokonaisvaltaisessa hoitosuunnitelmassa ja suisidaalisuuden arvioinnissa, mutta ei koskaan ainoana arviointikriteerinä. (Cutcliffe & Stevenson 2007.)</p>
<p>Psyykkisen tilan seuranta: <i>Itsemurhariskin arviointi (C-SSRS-lomake)</i></p>	<p>Hoitaja tarkkailee potilaan psyykkistä tilaa jatkuvasti koko sairaalassaoloajan ja huomioi muutokset potilaan mielentilassa. Itsemurhariskin arvioinnissa tärkeää on valpas tarkkailu, haastattelutaitojen hyödyntäminen ja itsemurhavihjeiden tunnistaminen. (Hagen, Loa Knizek & Hjelmeland 2016.) Itsemurhariskin arvioinnissa seurattavia asioita ovat: potilaan stressitila, vaikuttaako potilas poissaolevalta, vaikuttaako potilas fyysisesti sairaalta, viipyykö potilas pitkiä aikoja pesuhuoneessa tai kuuluuko osastolta epätavallisia ääniä (Bowers ym. 2010).</p>

Omahoitajakeskustelu	Omahoitajakeskustelulla on tärkeä terapeutti- nen arvo potilaan uskon palauttamisella elä- mään. Oikeanlaisella keskustelulla potilas saa tunteen, että hän on tärkeä, hänestä välitetään ja ollaan kiinnostuneita. (Cutcliffe, Stevenson, Jackson & Smith 2006.) Keskustelu antaa poti- laalle mahdollisuuden käsitellä ja ymmärtää it- setuhoisuuttaan. Ymmärryksen kautta potilaan on mahdollista alkaa tekemään suunnitelmia ja asettamaan tavoitteita, mikä tuo toivon tun- netta. (Cutcliffe & Stevenson 2007.)
Potilaan todellisuuden kuunteleminen	Itsetuhoinen ihminen näkee maailman sup- peana ja rajoittuneena sekä kokee oman elä- mänsä tapahtumat negatiivisella tavalla (Cut- cliffe ym. 2006). Hoitajan tulee kuunnella poti- lasta ilman ennakkoluuloja ja ymmärtää ilman kritisointia. Potilaan ja hoitajan välinen luotta- mussuhde antaa potilaalle mahdollisuuden pu- hua vapaasti itsetuhoisuuteen liittyvistä tun- teista, jotka hän on aiemmin pitänyt sisällään. (Cutcliffe & Stevenson 2007.)
Eri hoito- ja terapiamuoto- jen käyttö	-
Psyykkistä tasapainoa edistävä ohjaus	Ydintavoite itsetuhoisen potilaan hoidossa on yhdistää potilas takaisin ihmiskuntaan. Tarkoi- tus on ohjata potilas pois kuolema-painottei- sesta ajattelumallista takaisin elämä-painottei- seen ajattelumalliin. Tämä tapahtuu luomalla potilaalle kuva ihmisyydestä, ohjaamalla poti- las takaisin ihmiskuntaan ja opettamalla elä- mään uudestaan. Potilaalle annetaan uusia nä- kökantoja ja häntä ymmärretään sekä tuetaan ja vahvistetaan potilaan ennen itsetuhoisuutta vallassa olleita uskomuksia. Hoitajan tärkein

	tehtävä on yrittää valaa potilaaseen toivoa. (Cutcliffe & Stevenson 2007.)
--	---

Kolmannen tutkimuskysymyksen ”Mitkä hoitotyön toiminnot korostuvat itsetuhoisen potilaan hoidon toteutuksessa?” analyysirunkoon olemme keränneet useammassa tutkimuksessa esiintyvät ja hoidossa korostuvat tekijät.

Taulukko 19. Itsetuhoisen potilaan hoidossa korostuvat hoitotyön toiminnot. Analyysirunko.

Itsetuhoisen potilaan hoidossa korostuvat hoitotyön toiminnot	Tutkimustulokset
Läsnäolo: <i>tehostettu seuranta</i>	Tehostettua seurantaa sekä muita epäsäännöllisiä tarkastuksia tulee lisätä erityisesti osaston yksityisiin tiloihin. Tämä on tutkitusti tehokkain keino estää itsemurhayritystä muuttumasta itsemurhaksi. (Bowers ym. 2010.)
Rauhoittaminen	Useassa tutkimuksessa nousi esiin se, että tehokkain ja yleisimmin käytössä oleva keino rauhoittaa itsetuhoista potilasta on verbaalinen rauhoittaminen. Rauhoittavaa keskustelua käytetään sekä itsetuhoisen käytöksen ehkäisyn keinona, että itseään vahingoittamisen jälkeen tilanteen purkamisessa. (James ym. 2012.)
Itsetuhoisen käyttäytymisen estäminen: <i>Yhteiset sopimukset ja lääkärin määräykset</i>	Itsetuhoisen käyttäytymisen estämisessä korostui erityisesti itsetuhovälineiden poistaminen potilaan ulottuvilta. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää kuristautumisessa käytettäviin välineisiin, kuten vaatteisiin, muovipusseihin, petivaatteisiin ja johtoihin. Suurin osa kuristautumista yrittäneistä (56,2 %) sitoi välineen kaulansa ympärille. Alle puolet käytti apuna jotakin sitomiskohtaa, kuten ikkunan karmia, ovea,

	sängyn reunaa tai verhotankoa. (Bowers ym. 2010.)
Psyykkisen tilan seuranta: <i>Itsemurhariskin arviointi</i> (C-SSRS-lomake)	Potilaan psyykkisen tilan seurannassa ja itsemurhariskin arvioinnissa korostui hoitajan ammattitaito havaita potilaan voinnin muutokset ja pienet vihjeet, jotka voivat ennustaa itsetuhoista käytöstä. Osa hoitajista kuvaa omaavansa erityisen vaiston tunnistaa itsemurhavihjeitä. (Hagen ym. 2016.) Henkilökunnan on tärkeää reagoida heti kaikkiin niihin tunteisiin, että jokin potilaan käytöksessä ei ole oikein (Bowers ym. 2010).

4.11 Tutkimusmenetelmän luotettavuus

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa luotettavuutta lisää vähintään kahden tutkijan kiinteä yhteistyö. Tutkimuksessa pyritään tutkimuksen toistettavuuteen ja virheettömyyteen. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eri vaiheita tulee arvioida kriittisesti, jotta pystytään arvioimaan saadun tiedon luotettavuutta. Tiedon haussa merkittävää on, kuinka edustavasti aihetta koskeva tieto on pystytty kartoittamaan. (Johansson ym. 2007, 53.)

Positiivisilla tutkimustuloksilla on suurempi todennäköisyys tulla julkaistuksi, mikä voi lisätä julkaisuharhaa. Julkaisuharhaa voidaan ehkäistä käyttämällä katsauksessa myös julkaisematonta tietoa. Tämä on kuitenkin ristiriidassa sen ajatuksen kanssa, että systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulisi täyttää tiukat ehdot ja sen tulisi olla toistettavissa. Kieliharhan ehkäisemiseksi katsauksen tulisi käyttää useammalla kuin yhdellä kielellä tehtyjä tutkimuksia. (Johansson ym. 2007, 53).

5 TULOKSET

5.1 Itsetuhoisen potilaan hoidon tarve näyttöön perustuvan tiedon perusteella

Cutcliffe ym. (2006) toteavat tutkimuksessaan, että koska itsemurha ei ole yksiselitteinen käytösmalli, sitä ei voi määritellä vain yhden tekijän tai tieteenalan perusteella. Paras keino ymmärtää itsetuhoisuutta on tutkia ihmisen tunnetiloja itsetuhoisen potilaan itsensä kertomana. (Cutcliffe ym. 2006.)

Vaikka itsetuhoisuus ei ole diagnosoitu mielisairaus, se yhdistetään yleisesti mielenterveysongelmiin. Merkittävään osaan itsemurhista liittyy jokin mielen-terveysongelma, mutta se ei ole kaikissa tapauksissa selittävä tekijä. (Cutcliffe & Stevenson 2007.) Ainoa tutkitusti todistettu mielenterveysongelma, joka selkeästi lisää itsemurhariskiä, on masennusoireet. Toinen merkittävä tekijä on aiempi itsetuhoisen käytös. (Stewart ym. 2011.)

Yleisesti itsetuhoisen teko toteutetaan salassa, sillä tekijä ei halua vaikuttaa tapahtumalla muihin ihmisiin. 41 % itsemurhayrityksistä tehtiin potilashuoneessa. (Bowers ym. 2010.) Naiset satuttavat itseään miehiä useammin ja käyttävät keinona yleensä ihon rikkomista. Jamesin ym. (2012) mukaan tällä on tarkoitus lievittää ahdistuksen tunteita, eikä sitä voida yhdistää haluun kuolla. (James ym. 2012.)

James ym. (2012) tuo esiin potilaiden itsetuhoista käytöstä edeltäviä tilanteita. Heidän mukaansa potilaat yleisimmin vahingoittivat itseään kokiessaan vaikeita tunteita, kuulo- tai näköharhoja sekä uhkaavan käytöksen seurauksena. Ristiriidat hoitohenkilökunnan kanssa ennakoivat myös useasti potilaan itsetuhoista käytöstä. (James ym. 2012.)

Potilaiden itsetuhoisen käytös ilmenee yleensä hoidon alussa. 10 % kaikista hoitoon tulleista potilaista vahingoittavat itseään ja 4 % yrittää itsemurhaa ensimmäisen kahden viikon aikana sairaalaan saapumisestaan. Suurin osa potilaiden itsetuhoisesta käytöksestä ajoittuu iltaan, viikonpäivien tai kuukausien välillä ei ole selkeitä eroavaisuuksia. (Stewart ym. 2011.)

5.2 Itsetuhoisen potilaan hoitotyön suunnitellut toiminnot näyttöön perustuvan tiedon perusteella

Bowers ym. (2010) tuovat tutkimuksessaan esille, että tehostettu seuranta on tehokas keino hallita itsetuhoista käytöstä. Suurin osa itsemurhayrityksistä keskeytyi, kun henkilökunta toteutti potilaan tarkastuskäyntiä. Tutkimuksessa korostetaan myös muiden epäsäännöllisten tarkastusten tärkeyttä. Päivittäisten rutiinien, kuten ruokailuaikojen, lääkkeenjaon ja keskusteluhetkien, lomassa toteutetut tarkastukset ehkäisevät myös tehokkaasti itsetuhoisen teon toteutumista. Erityisesti tehostettua seurantaa tulisi lisätä osaston yksityisille alueille, sekä henkilökunnan vuoronvaihtojen yhteyteen. Tehostettu seuranta on tutkitusti hyvin siedetty toimenpide potilaiden keskuudessa. (Bowers ym. 2010.)

Tiedossa on, että 19 % itsemurhayrityksistä onnistuu tehostetusta seurannasta huolimatta. Bowers ym. (2010) ehdottaa tutkimuksessaan, että potilailla jotka yrityksessä onnistuvat on muita korkeampi halu kuolla. Näiden potilaiden kohdalla on aiheellista aloittaa vierihoidon. (Bowers ym. 2010.) James ym. (2012) kuitenkin toteavat, että vierihoidon ei ole todistettu vähentävän potilaan halua vahingoittaa itseään. Vierihoidon voidaan nähdä potilaan henkilökohtaiseen tilaan tunkeutumisena ja se voi saada potilaan olon levottomaksi. (James ym. 2012.)

Yleisimpiä itsetuhoista käytöstä edeltäviä tilanteita ovat potilaan kokemat vaikeat tunteet, ääni- ja näköharhat sekä konfliktitilanteet henkilökunnan kanssa. Jamesin ym. (2012) mukaan tehokkain keino estää sekä purkaa itsetuhoisen tilanne on sanallinen rauhoittaminen. (James ym. 2012.) Stewart ym. (2011) kuitenkin toteavat tutkimuksessaan, että sanallista rauhoittamista yleisemmin itsetuhoisen tilanteen purkamisessa käytetään keinona tarvittavan lääkkeen antoa (20 % vs 29 %). (Stewart ym. 2011.) Vähemmän käytettyjä rauhoittamisen keinoja ovat lepositeiden käyttö (6,9 %), vierihoidon (4,2%) ja äärimmäisenä keinona eristäminen (1,1 %). (James ym. 2012.) Timlin & Kyngäs (2007) esittelevät tutkimuksessaan Suomessa käytössä olevan mallin hallittu hoidollinen rajoittaminen, missä on yhteneväisyyksiä yllä mainittujen tutkimusten kanssa. Sen mukaan rauhoittamisen keinoina käytetään keskustelua, hoitajan läsnäoloa sekä tarvittavaa lääkitystä. Fyysistä rajoittamista käytetään vain äärimmäisenä keinona. (Timlin & Kyngäs 2007.)

Itsetuhoisen käyttäytymisen estämisessä huomiota tulee kiinnittää itsensä vahingoittamiseen soveltuvien esineiden poistamiseen potilaan saatavilta. Eri-tyistä tarkkuutta vaatii kuristautumisessa käytettävien välineiden, kuten vaatteiden, muovipussien, petivaatteiden ja johtojen huomioiminen. (Bowers ym. 2010.)

Hagenin ym. (2016) mukaan potilaan psyykkistä tilaa tarkkaillaan jatkuvasti hoitajien toimesta. Arvioidessaan potilaan itsemurhariskiä hoitajat tarkkailevat potilaiden tunnetiloja, käyttäytymistä, huomioivat keskusteluissa ilmeneviä asioita ja tunnistavat itsemurhavihjeitä. Tutkimuksessa mainittu hoitajien kyky löytää itsemurhavihjeitä on tunteisiin pohjautuva ja kokemuksen kautta tullut taito, joka ehkäisee potilaan itsetuhoista käyttäytymistä. (Hagen ym. 2016.)

Cutcliffe ym. (2006) toteavat tutkimuksessaan, että luottamuksellisella omahoitajasuhteella on suuri merkitys itsetuhoisen potilaan paranemisprosessissa. Potilas saattaa pelätä satuttavansa läheisiään kertomalla heille itsetuhoiseen käytökseen liittyvistä tunteistaan ja näin ollen suhteen luominen läheisiin voi olla vaikeaa. Omahoitajan kanssa potilas voi keskustella turvallisemmin tunteistaan, sillä hoitaja on ammattilainen ja käsitellyt samankaltaisia tilanteita aiemminkin. (Cutcliffe ym. 2006.) Keskustelu antaa potilaalle mahdollisuuden käsitellä ja ymmärtää itsetuhoisuuttaan. Ymmärryksen kautta potilaan on mahdollista alkaa tekemään suunnitelmia ja asettamaan tavoitteita, mikä tuo toivon tunnetta. (Cutcliffe & Stevenson 2007.)

Cutcliffe & Stevenson (2007) esittävät tutkimuksessaan, että tärkein tavoite itsetuhoisen potilaan hoidossa on yhdistää potilas takaisin ihmisyyteen. Ohjaamalla potilasta pois kuolema-painotteisesta ajattelumallista kohti elämä-painotteista ajattelumallia ja luomalla potilaalle kuva ihmisyydestä, opetetaan potilasta elämään uudestaan. Potilaalle annetaan uusia näkökantoja ja vahvistetaan uskomuksia, jotka ovat olleet vallassa ennen itsetuhoisuutta. (Cutcliffe & Stevenson 2007.)

5.3 Itsetuhoisen potilaan hoitotyössä korostuvat toiminnot näyttöön perustuvan tiedon perusteella

Bowersin ym. (2010.) tutkimuksessa korostui sekä tehostetun seurannan, että muiden epäsäännöllisten potilas tarkastusten yhteys itsemurhien vähenemiseen osastolla. (Bowers ym. 2010). Suurin osa itsensä vahingoittamisesta tapahtuu salassa (James ym. 2012). Tämän vuoksi tehostetun seurannan lisääminen yksityisissä tiloissa olisi suositeltavaa (James ym. 2010).

Useassa tutkimuksessa nousi esiin se, että tehokkain ja yleisimmin käytössä oleva keino rauhoittaa itsetuhoista potilasta on verbaalinen rauhoittaminen. Rauhoittavaa keskustelua käytetään sekä itsetuhoisen käytöksen ehkäisyn keinona, että itseään vahingoittamisen jälkeen tilanteen purkamisessa. Tämä pitää sisällään potilaan tukemista ja kannustamista, positiivisempien selviytymiskeinojen etsimistä ja antamista potilaalle aikaa puhua tunteistaan. (James ym. 2012.)

Bowersin ym. (2010) tutkimuksesta selviää, että yleisin keino yrittää itsemurhaa osastolla on kuristautuminen. Välineinä käytetään vaatekappaleita, kuten vöitä tai kengännauhoja, petivaatteita, muovipusseja ja johtoja. Yli puolet yrittäneistä sitoi välineen suoraan kaulan ympärille ja alle puolet sitoi välineen esimerkiksi ikkunaan, oven kahvaan tai sänkyyn. Näin ollen suurin huomio itsemurhayritysten ehkäisyssä tulisi kiinnittää näiden kuristautumisvälineiden poistamiseen potilaan ulottuvilta. Vähemmän käytettyjä itsetuhoisuuden keinoja tutkimuksen mukaan ovat tukehduuttaminen, itsemyrkytys, viiltämisen seurauksena kuiviin vuotaminen ja korkealta hyppääminen. (Bowers ym. 2010.)

Potilaan psyykkisen tilan seurannassa ja itsemurhariskin arvioinnissa korostui hoitajan ammattitaito havaita potilaan voinnin muutokset ja pienet vihjeet, jotka voivat ennustaa itsetuhoista käytöstä. Osa hoitajista kuvaa omaavansa erityisen vaiston tunnistaa itsemurhavihjeitä. (Hagen ym. 2016.) Henkilökunnan on tärkeää reagoida heti kaikkiin niihin tunteisiin, että jokin potilaan käytöksessä ei ole oikein (Bowers ym. 2010).

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössämme tarkastelemme uusimman saatavilla olevan tutkimustiedon avulla itsetuhoisen potilaan hoidon tarvetta sekä hoitotyön suunniteltuja toimintoja ja vertaamme tutkimustuloksia Carean laatimaan itsetuhoisen potilaan mallihoitosuunnitelmaan. Opinnäytetyömme on toteutettu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin ja tulokset on analysoitu sisällönanalyysiä käyttäen. Systemaattista tiedonhakua toteuttaessamme huomasimme, että itsetuhoisen potilaan osastohoidosta on saatavilla todella niukasti tutkittua tietoa. Elektronisen tiedonhaun avulla onnistuimme täydennyshaun jälkeen löytämään yhteensä kuusi ulkomaalaista tutkimusta ja manuaalisen haun avulla yhden kotimaisen tutkimuksen.

Opinnäytetyön teoriaosuus kokoaa lähinnä yleistä tietoa itsetuhoisen potilaan hoidosta tai hoidosta avoterveydenhuollon puolella, kun taas tutkimustuloksissa on keskitytty psykiatrisen sairaalan osastolla hoidettaviin potilaisiin. Näin ollen teoriaosuus ja tutkimustulokset eivät ole kaikilta osin vertailukelpoisia.

Opinnäytetyön neljänteen tutkimuskysymykseen ”Miten näyttöön perustuvan tiedon varassa laadittu itsetuhoisen potilaan hoitoprosessi eroaa mallihoitosuunnitelmasta?” vastaamme opinnäytetyön pohdinta-osiossa. Olemme keränneet alla oleviin taulukoihin itsetuhoisen potilaan hoitotyön tarpeet, sekä hoitotyön suunnitellut toiminnot mallihoitosuunnitelman, opinnäytetyön tulosten ja opinnäytetyön teoreettisten lähtökohtien mukaan.

Taulukko 20. Itsetuhoisen potilaan hoidon tarpeen yhteneväisyydet ja eroavaisuudet mallihoitosuunnitelman ja opinnäytetyön välillä.

Hoidon tarve mallihoitosuunnitelmassa	Opinnäytetyön tulokset	Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat
Psyykkinen tasapaino: Itsetuhoisuus	Itsemurhayritystä edeltäviä riskitekijöitä ovat	Yleisimpiä itsemurhan riskitekijöitä ovat mielenterveyden häiriöt, sosiaaliset

	<p>aiempi itsetuhoinen käytös ja masennusoireet. (Stewart ym. 2011.) Itsensä vahingoittaminen tapahtuu yleensä salassa ja on yleisempää naisilla kuin miehillä. Suurin osa tapauksista sattuu ensimmäisen kahden viikon aikana osastolle saapumisen jälkeen. Itsetuhotapausta edeltäviä tekijöitä ovat muun muassa potilaan kokemat vaikeat tunteet ja erilaiset aistiharhat. (James ym. 2012.)</p>	<p>riskitekijät ja aiempi itsemurhayritys sekä päihteiden käyttö (Lönngqvist ym. 584-588). Itsetuhoista käytöstä edeltää yleensä kuorittava elämäntilanne, joka yhdessä jonkin laukaisevan tekijän kanssa johtaa tilanteen eskaloitumiseen (Kuhanen ym. 2010, 238).</p>
--	---	---

Taulukko 21. Itsetuhoisen potilaan hoitotyön suunniteltujen toimintojen yhteneväisyydet ja eroavaisuudet mallihoitosuunnitelman ja opinnäytetyön välillä.

Hoitotyön suunnitellut toiminnot	Opinnäytetyön tulokset	Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat
Läsnäolo: <i>Tehostettu seuranta</i>	<p>Tehostettu seuranta sekä muut epäsäännölliset tarkastukset ovat tehokas keino ehkäistä itsemurhan toteutumista osastolla. Näitä tulee lisätä erityisesti osaston yksityisiin tiloihin. Kaikkia osastolla tapahtuvia itsemurhia ei kuitenkaan tehostetulla seurannalla pystytä</p>	<p>Osastohoidossa potilaalla on turvallinen ympäristö sekä hoitoa ja seurantaa ympäri vuorokauden. Potilasta ei tulisi koskaan jättää yksin. (Kuhanen ym. 2010, 240.) Hoitaja tarkistaa potilaan voinnin usein ja reagoi potilaan tarpeisiin. Tämä luo potilaalle turvallisuuden tunteen.</p>

	ehkäisemään. (Bowers ym. 2010.)	(Rautava-Nurmi ym. 2015, 434.)
Vierihoidaminen	Vierihoido on joissain tapauksissa välttämätön hoitokeino itsetuhoisen käyttäytymisen estämisessä, mutta sen vaikuttavuutta itsetuhoisuuden ideologiaan ei ole tutkimuksin todistettu. Se voidaan nähdä myös potilaan omaan henkilökohtaiseen tilaan tunkeutumisena, mikä voi vaikuttaa alentavasti potilaan henkiseen hyvinvointiin. (Stewart ym. 2011.)	Vierihoidon tarkoituksena on saada potilaaseen hoitokontakti sekä kehittää potilaan sisäistä kontrollia ja itsetuottamusta. Vierihoidotamisessa mahdollistetaan hoitajan ja potilaan tiivis yhdessä olo ja rajataan potilaan vuorovaikutus hänelle haitallisten tekijöiden kanssa. (Iivanainen & Syväoja 2012, 363.)
Rauhoittaminen	Rauhoittamista puhumalla käytetään yleisesti itsetuhoisen käyttäytymisen estämisessä sekä tapahtuneen jälkiselvittelyssä. Keskustelu on potilasta tukevaa ja tavoitteena on etsiä positiivisempia selviytymiskeinoja. Eristämistä käytetään vain harvoin (1 %:ssa tapauksista). (Stewart ym. 2011.) Suomessa on käytössä malli hallittu hoidollinen rajoittaminen. Sen mukaan hoitohenkilökunta pyrkii vuorovaikutuksen keinoin	Rauhoittamisen keinoja ovat puhuminen, kuunteleminen, läsnäolo ja lempeä koskettaminen. Järeämpiä hoitokeinoja, kuten eristämistä tai lepositeisiin laittamista, voidaan joutua käyttämään itsetuhoisen, väkivaltaisen ja hyvin sekavan potilaan kohdalla. (Iivanainen & Syväoja 2012, 607 – 608.) Itsetuhoisen potilaan eristäminen on varsin harvinaista. (Punkanen 2001, 126.)

	<p>rauhhoittamaan potilasta ja tarvittaessa käyttää myös fyysistä rajoittamista.</p> <p>(Kyngäs & Timlin 2007.)</p>	
<p>Itsetuhoisen käyt- täytymisen estämi- nen: <i>Yhteiset sopi- mukset ja lääkärin määräykset</i></p>	<p>Potilaan itsetuhoista käy- töstä pyritään estämään poistamalla itsensä va- hingoittamiseen soveltu- vat välineet. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää teräviin esineisiin ja kuris- tautumisen mahdollista- viin välineisiin kuten si- dokset, vaatteet ja johdot. Potilaan pääsyä yksin it- setuhoisuuden mahdollis- tavilla alueille kuten kyl- pyhuoneeseen tulee ra- joittaa. (Stewart ym. 2011.) Itsetuhoisen poti- laan hoidossa on käy- tössä potilaan ja hoito- henkilökunnan välinen sopimus, jossa potilas lu- paa olla vahingoittamatta itseään hoidon aikana. Tutkimusten mukaan ei voida osoittaa sillä olevan mitään vakuutta siitä, ettei potilas yritä itsemur- haa hoidon aikana. Sen sijaan sitä voidaan käyt- tää lisänä kokonaisvaltai- sessa hoitosuunnitel-</p>	<p>Itsetuhoisen potilaan ol- lessa osastohoidossa, on hänen turvallisuuteensa kiinnitettävä erityisen suurta huomiota. Kaikki esineet, jotka voivat olla potilaalle vaaraksi, tai millä hän voi itseään vahingoit- taa, tulisi siirtää pois poti- laan ulottuvilta. Tarvitta- essa voidaan takavarikoida potilaan omaisuutta. Poti- laan kanssa sovitaan, ettei potilas vahingoita itseään hoidon aikana. (Punkanen 2001, 126.)</p>

	<p>massa ja suisidaalisuuden arvioinnissa. (Cutcliffe & Stevenson 2007.)</p>	
<p>Psyykkisen tilan seuranta: <i>Itsemurhariskin arviointi (C-SSRS-lomake)</i></p>	<p>Hoitaja tarkkailee potilaan psyykkistä tilaa ja huomioi mahdolliset muutokset. Itsemurhariskin arvioinnissa tärkeää on valpas tarkkailu, haastattelutaitojen hyödyntäminen ja itsemurhaviehjeiden tunnistaminen. (Hagen ym. 2016.) Itsemurhariskin arvioinnissa seurattavia asioita ovat: potilaan stressi-tila, vaikuttaako potilas poissaolevalta, vaikuttaako potilas fyysisesti sairaalta, viipyykö potilas pitkiä aikoja pesuhuoneessa tai kuuluuko osastolta epätavallisia ääniä (Bowers ym. 2010).</p>	<p>Potilaan psyykkistä tilaa arvioitaessa kiinnitetään huomiota muun muassa ulkoiseen olemukseen, mielialaan ja tunnereaktioihin. Psyykkistä tilaa voidaan arvioida myös potilaan käyttämien defenssien perusteella. Tällaisia ovat muun muassa kiukku ja kieltäminen, pako päiväuniin, eristäminen ja torjunta. (Iivanainen ym. 2012, 470 – 471.)</p> <p>Arvio tehdään tavallisesti haastattelun ja subjektiivisen intuition pohjalta silloinkin, kun henkilö itse ei ole tuonut esiin itsetuhoisia ajatuksia. (Lönngqvist ym. 2014, 593.) Itsemurhayrityksen syyt, tavoitteet ja menetelmät tulisi selvittää mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Tekotapa, -paikka ja tapahtumahetki voivat antaa viitteitä siitä, kuinka suuri halu kuolla teon motiivina on ollut. Riski on lievempi silloin kun henkilö järjestää tilanteen niin, että joku ehtii</p>

		<p>ajoissa apuun. Lisäksi käytössä on itsearviointilomakkeita kuten BDI ja HS. (Toivio ym. 2009, 142-143.)</p>
Omahoitajakeskustelu	<p>Omahoitajakeskustelulla on tärkeä terapeutinen arvo potilaan uskon palauttamisella elämään. Oikeanlaisella keskustelulla potilas saa tunteen, että hän on tärkeä, hänestä välitetään ja ollaan kiinnostuneita. (Cutcliffe ym. 2006.) Keskustelu antaa potilaalle mahdollisuuden käsitellä ja ymmärtää itsetuhoisuuttaan. Ymmärryksen kautta potilaan on mahdollista alkaa tekemään suunnitelmia ja asettamaan tavoitteita, mikä tuo toivon tunnetta. (Cutcliffe & Stevenson 2007.)</p>	<p>Käytäessä ensimmäisiä omahoitajakeskusteluja potilaan kanssa, keskitytään pääongelman paikantamiseen ja kiinnitetään potilaan huomiota siihen. Potilaan kanssa tulee keskustella itsetuhoisuudesta suoraan. On käytettävä konkreettisia toimintaohjeita ja löydettävä aina muita vaihtoehtoja kuin itsemurha. Potilaalle tulisi korostaa itsemurhan lopullisuutta ja peruuttamattomuutta ja painottaa elämän hyviä hetkiä ja persoonallisuuden piirteitä. (Punkanen 2001, 125-126.)</p>
Potilaan todellisuuden kuunteleminen	<p>Hoitajan ennakkoluuloton asenne ja potilaan ymmärtäminen ilman kritisointia vahvistavat potilaan ja hoitajan välistä luottamussuhdetta, mikä antaa potilaalle mahdollisuuden puhua vapaasti itsetuhoisuuteen liittyvistä</p>	<p>Hoitajalta vaaditaan herkkyyttä aistia potilaansa tarpeita, ollakseen sopivan aktiivinen omassa roolissaan. Potilaan vaikeitakin asioita tulisi jaksaa kuunnella ja kannatella potilasta eteenpäin. (Kuhanen ym.</p>

	tunteista (Cutcliffe & Stevenson 2007).	2010, 241.) Potilaan tariaa on kuunneltava ymmärryksen lisäämiseksi menemättä kuitenkaan mukaan harhoihin (Iivanainen & Syväoja 2012, 479).
Eri hoito- ja terapiamuotojen käyttö	-	Lääkehoidon lisäksi itsetuhoisen potilaan hoidossa voidaan käyttää erilaisia vaikuttavaksi todettuja terapioita, kuten psykoterapiaa, traumaterapiaa ja kognitiivista terapiaa (Iivanainen & Syväoja 2012, 480 – 483).
Psyykkistä tasapainoa edistävä ohjaus	Potilaalle annetaan itsetuhoisen ajattelumallin tilalle uusia positiivisia näkökantoja ja häntä ymmärretään sekä tuetaan ja vahvistetaan potilaan ennen itsetuhoisuutta vallassa olleita uskomuksia. Potilaalle luodaan kuva ihmisyydestä, ohjataan potilas takaisin ihmiskuntaan ja opetetaan elämään uudestaan. Hoitajan tärkein tehtävä on toivon valaminen potilaaseen. (Cutcliffe & Stevenson 2007.)	Itsemurhaa yrittänyt potilas on kriisin huippuvaiheessa. Hoitajan tulee olla aktiivinen, ohjaava ja määrätietoinen ja tilanteen vaatiessa laatia konkreettisia toimintaohjeita. Tavoitteena on potilaan turvallisuuden tunteen lisääminen ja toipumisen nopeutuminen, potilaan omien voimavarojen kasvaessa. Keskusteluissa pyritään välttämään liikaa neuvomista. Sen sijaan asioita käydään läpi potilaan kanssa yhdessä. (Punkanen 2001, 126.)

Tarkasteltuamme Carean itsetuhoiselle potilaalle laadittua mallihoitosuunnitelmaa ja verrattuamme sitä uusimpaan saatavilla olevaan tutkimustietoon, havaitsimme käytössä olevan mallihoitosuunnitelman olevan sisällöltään kattava. Tutkimustulokset olivat suurelta osin yhdenmukaisia mallihoitosuunnitelman kanssa. Havaitsimme kuitenkin kaksi eroavaisuutta, jotka haluamme tuoda pohdinnassa esille. Alkuperäistutkimuksissa korostui lääkehoidon merkitys itsetuhoisen potilaan hoidossa. Mallihoitosuunnitelmasta lääkehoidon suunniteltu toiminto puuttuu. Toinen eroavaisuus oli, ettei yhdessäkään tutkimuksessa tullut ilmi eri hoito- ja terapiamuotojen käyttöä itsetuhoisen potilaan hoidossa, vaikka mallihoitosuunnitelmasta tällainen suunniteltu toiminto löytyy.

Stewartin ym. (2011) mukaan tarvittava lääkitys on käytetyin hoitokeino itsetuhoisen teon ehkäisyssä, tilanteen hallintaan saamisessa sekä tilanteen rauhoittamisessa. Tarvittavaa lääkitystä (27 %) käytettiin tilanteen rauhoittamisessa useammin kuin esimerkiksi sanallista rauhoittamista (18 %) tai vierihoidtoa (6 %). Suurimmalla osalla tarvittavaa lääkettä saaneista potilaista, hoito ei edellyttänyt enää muita hallintakeinoja saman päivän aikana. (Stewart ym. 2011.)

Yhdessäkään alkuperäistutkimuksessa ei ollut mainintaa eri hoito- ja terapiamuotojen käytöstä, joten sen tarpeellisuutta mallihoitosuunnitelmassa ei mielestämme tutkimustulosten mukaan voida perustella. Marttilan (2016) mukaan varsinaista terapiatyöskentelyä ei osastojakson aikana toteuteta, sillä ne kuuluvat avohoitoon. Osastolla voidaan opetella eri ahdistuksenhallintamenetelmiä itsetuhoisuuden ehkäisyyn. (Marttila 2016.)

6.2 Luotettavuus ja eettiset lähtökohdat

Kaikissa tutkimuksissa tulisi pyrkiä arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Virheiden syntymistä pyritään välttämään, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 231).

Reliaabelius tutkimuksessa tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Reliaabelius voidaan todeta esimerkiksi kahden eri tutkijan päätymisellä samanlaisiin tuloksiin tai jos samaa asiaa tutkitaan uudestaan ja päädytään samaan tulokseen. Validius tutkimuksessa tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä

mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Tutkimuksen osa-alueiden tarkka kuvailu lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2010, 231-232).

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisäävät tekijät:

1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheiden tarkka kuvaus.
2. Työn on tehnyt kaksi toisistaan riippumatonta kirjoittajaa.
3. Valitut tutkimukset ovat laadukkaita ja kansainvälisiä.
4. Tietokantojen käyttö on kuvattu tarkasti ja kattavasti.

Opinnäytetyömme luotettavuutta heikentävät tekijät:

1. Hakusanat on rajattu tarkasti tutkimuskysymysten mukaan, mikä on voinut vaikuttaa löydettyjen tutkimusten vähäiseen määrään.
2. Tiedonhaussa olemme käyttäneet ainoastaan suomen- ja englanninkieltä.
3. Löydettyistä tutkimuksista suurin osa on ulkomaalaisia. Mahdollisuus eroavaisuuksiin lainsäädännöissä ja hoitokäytännöissä saattaa vaikuttaa tulosten soveltuvuuteen Suomen hoitokäytännöissä.
4. Huomioitavaa on myös se, että englanninkielisiä tutkimuksia on ollut ajoittain vaikeaa kääntää sanatarkasti suomenkielelle.

Olemme noudattaneet opinnäytetyössämme Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamia toimintatapoja. Työtä varten hankkimaamme aineistoa on käytetty kunnioittaen tutkijoiden tekemää työtä ja aineistossa on asianmukaiset viittaukset tekijöiden julkaisuihin. Olemme hankkineet asianmukaiset tutkimusluvut ja noudattaneet rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta kaikissa työn vaiheissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.)

6.3 Johtopäätökset ja hyödynnettävyys

Opinnäytetyömme tilaaja on Kymenlaakson psykiatrinen sairaala, Carea. Työn tarkoituksena on näyttöön perustuvan tiedon perusteella tuottaa tietoa itsetuhoisen potilaan hoidon tarpeesta sekä suunnitelluista toiminnoista ja antaa kehittämisohjeita käytössä olevaan mallihoitosuunnitelmaan. Työssämme

esitellään kattavasti itsetuhoisen potilaan hoidon tarve, hoidon suunnitellut toiminnot sekä mallihoitosuunnitelman sisältö ja tarkoitus. Rakenteinen kirjaaminen tulee myös hyvin esille opinnäytetyössämme ja sen käytön merkitys dokumentoinnissa, tiedon siirtymisessä sekä potilasturvallisuudessa. Työtämme voikin käyttää osastoilla kirjaamisen tukena ja opiskelijoiden sekä uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Lisäksi työn teoriaosuutta voi hyödyntää tietopakettina kaikille itsetuhoisen potilaan kanssa työskenteleville.

Opinnäytetyömme johtopäätöksenä voimme todeta että, käytössä oleva itsetuhoisen potilaan mallihoitosuunnitelma käsittelee varsin kattavasti hoidon tarvetta ja hoidon suunniteltuja toimintoja. Mielestämme kuitenkin lääkehoidon osuus itsetuhoisen potilaan hoitotyössä korostui tutkimustuloksissa niin merkittävästi, että sen tulisi kuulua suunniteltuna toimintona mallihoitosuunnitelmaan. Sen sijaan eri hoito- ja terapiamuotojen käytön tarpeellisuudelle emme löytäneet tutkimuksista perusteita. Tämä suunniteltu toiminto voisi mielestämme olla tarpeen vaatiessa mallihoitosuunnitelmaan lisättävä.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tiedonhakua suorittaessamme huomasimme, että aikuisen itsetuhoisen potilaan hoidosta psykiatrisella osastolla on Suomessa tehty tutkimuksia hyvin niukasti tai aiheeseen liittyvät tutkimuksen ovat jo yli kymmenen vuotta vanhoja. Hoitokäytännöistä avoterveydenhuollon puolella löytyy muutamia tutkimuksia. Myös itsetuhoisiin nuoriin ja lapsiin liittyviä tutkimuksia olisi ollut saatavilla enemmän. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotamme tutkittavan itsetuhoisen aikuispotilaan hoitoa psykiatrisella osastolla. Suomessa olisi syytä tutkia myös työmme kansainvälisissä tutkimuksissa esiin tulleita asioita, kuten kuinka paljon itsetuhoisia tekoja tai itsemurhia psykiatrisilla osastoilla tehdään ja millä keinoin tilanne saadaan hallintaan.

LÄHTEET

- Bowers, L., Dack, C., Gul, N., Thomas, B. & James, K. 2010. Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *International Journal of Nursing Studies*. Saatavissa: www.doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.05.008 [viitattu: 15.11.2016]
- Cutcliffe, J. & Stevenson C. 2007. Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people – A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. Saatavissa: www.doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.02.002 [viitattu: 15.11.2016]
- Cutcliffe, J., Stevenson, C., Jackson S. & Smith P. 2006. A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people. *International Journal of Nursing Studies*. Saatavissa: www.doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.09.001 [viitattu: 15.11.2016]
- Dumon, E. & Portzky, G. 2013. Eurenas, Työpaketti 6. Itsemurhan ehkäisyn yleiset ohjeet. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Itsemurhan+ehk%C3%A4isyn+yleiset+ohjeet.pdf/341f5970-e1da-4d2b-859b-6e14b129f253> [viitattu: 15.11.2016]
- Hagen, J., Loa Knizek, B. & Hjelmeland, H. 2016. Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018> [viitattu: 15.11.2016]
- Hiltunen, L., Partonen, T., Haukka, J. & Lönnqvist, J. 2016. Itsemurhakuolleisuuden käännekohtat Suomessa 1947-2006. *Duodecim*. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98256 [viitattu: 15.11.2016]
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- James, K., Stewart, D., Wright, S. & Bowers, L. 2012. Self harm in adult inpatient psychiatric care: A national study of incident reports in the UK. *International Journal of Nursing Studies*. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.010> [viitattu: 15.11.2016]
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Saatavissa: Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Digipaino-Turun yliopisto.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., & Schubert, C. 2010. Mielen-terveyshoitotyö. 1. painos WSOYpro Oy.
- Kuurne, S. 2015. Kirjaamiskoordinaattori. Sähköpostitiedoksiäntö 29.1.2016. Kotka: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* vol. 11, no 1/-99.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* vol. 18, no 1/-06, 37 – 45.
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M., Ensio, A., 2014. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E. & Marttunen, M. 2014. *Psykiatria*. Kustannus Oy Duodecim.
- Marttila M. 2016. *Palveluesimies*. Sähköpostitiedoksianto.
- Punkanen, T. 2001. *Mielenterveystyö ammattina*. Helsinki: Tammi.
- Raussi, V. 2015. *Mallihoitosuunnitelma – itsetuhoisuus*. Carea.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Sanoma Pro.
- Soisalo, R. 2012. Suisidaalisuuden arviointi ja hoito. Suomen Psykologinen instituutti Yhdistys ry. Saatavissa: www.psyk.fi/sites/default/files/SUISIDAALISUUDEN+ARVIOINTI+JA+HOITO.pdf [viitattu: 15.11.2016]
- Stewart, D., Ross, J., Watson, C., James, K. & Bowers, L. 2011. Patient characteristics and behaviours associated with self-harm and attempted suicide in acute psychiatric wards. *Journal of Clinical Nursing*. Saatavissa: www.doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03832.x [viitattu: 15.11.2016]
- Timlin, U. & Kyngäs H. 2007. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatriisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* vol. 20, no 4/-08.
- Tilastokeskus Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. ISSN=1799-5051. 2014, 6. Itsemurhien määrä väheni selvästi. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2014/ksyyt_2014_2015-12-30_kat_006_fi.html [viitattu: 23.2.2016]
- Surunauha ry. 2015. Saatavissa: <https://surunauha.net/lukemista/tilastoja-ja-tietoja/itsemurha-suomessa/> [viitattu: 16.4.2016]
- Toivio, T. & Nordling, E. 2009. *Mielenterveyden psykologia*. Edita Publishing Oy.
- Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Saatavissa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Digipaino Turun yliopisto.
- Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2015. *Terveystieteiden huollon rakenteiden kirjaamisen opas Osa I*. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

LIITTEET

Mallihoitosuunnitelma: itsetuhoisuus

Hoidon tarve	Hoidon tavoite	Suunnitellut toiminnot
Psyykkinen tasapaino: Itsetuhoisuus	Itsetuhoisuuden poistuminen	<p>Läsnäolo: <i>Tehostettu seuranta</i></p> <p>Vierihoidtaminen:</p> <p>Rauhoittaminen:</p> <p>Itsetuhoisen käyttäytymisen estäminen: <i>Yhteiset sopimukset ja lääkärin määräykset</i></p> <p>Psyykkisen tilan seuranta: <i>Itsemurhariskin arviointi (C-SSRS-lomake)</i></p> <p>Omahoitajakeskustelu:</p> <p>Potilaan todellisuuden kuunteleminen:</p> <p>Eri hoito- ja terapiamuotojen käyttö:</p> <p>Psyykkistä tasapainoa edistävä ohjaus:</p>

ITSEMURHARISKIN ARVIOINTIASTEIKKO (C-SSRS)

Lähtökohta-ajanjakso

Ensimmäinen arvio, Baseline/Screening

Versio 14/01/09

*Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.;
Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.*

Vastuuvapauslauseke:

*Tämä asteikko on tarkoitettu koulutettujen klinikkojen käyttöön. Itsemurhariskiin liittyvän
arviointiasteikon (C-SSRS) kysymykset ovat vain ehdotuksia tehtävistä kysymyksistä.
Lopullinen arvio itsemurhariskistä tehdään klinisen arvion perusteella.*

*Tässä asteikossa käytetyt itsemurhakäyttäytymisen määritelmät perustuvat niihin määritelmiin, jotka
ovat käytössä **The Columbia Suicide History Form** -lomakkeessa ja jonka ovat kehittäneet John Mann,
MD, ja Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New
York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A.,
Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research
instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, s. 103-130, 2003.)*

*C-SSRS:n jäljennöksiä koskevissa asioissa yhteyshenkilönä toimii Kelly Posner, Ph.D., New York State
Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032. Tiedustelut sekä koulutusasiat,
ota yhteys posnerk@childpsych.columbia.edu*

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

ITSEMURHA-AJATUKSET			
Esitä kysymykset 1 ja 2. Jos vastaus molempiin on kielteinen, siirry kohtaan "Itsemurhakäyttäytyminen". Jos vastaus kysymykseen 2 on "kyllä", kysy kysymykset 3, 4 ja 5. Jos vastaus kysymykseen 1 ja/tai 2 on “kyllä”, täytä alla oleva osio “Itsemurha-ajatusten intensiteetti”.		Koko elinikä - Aikana, jolloin henkilö tunsi olonsa itsetuhoisimmaksi	Viimeisimpinä ____ kuukautena (Past ____ Months)
1. Halu kuolla Henkilö tukee ajatusta haluavansa olla kuollut tai ettei hän enää halua olla elossa, tai haluavansa nukahtaa eikä enää herätä. <i>Oletko toivonut olevasi kuollut tai että voisit nukahtaa siten, ettet enää heräisi?</i> Jos kyllä, kuvaile:		Kyllä Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kyllä Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Yleisluonteisia aktiivisia itsemurha-ajatuksia Yleisluonteisia ajatuksia liittyen haluun lopettaa elämänsä/tehdä itsemurha (esim. “Olen ajatellut tappavani itseni.”) ilman ajatuksia itsemurhan tekotavoista tai siihen liittyvistä menetelmistä, aikeista tai suunnitelmasta. <i>Oletko tosiasiallisesti ajatellut millään tavoin itsesi tappamista?</i> Jos kyllä, kuvaile:		Kyllä Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kyllä Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Aktiivisia itsemurha-ajatuksia ja itsemurhan tekotapojen ajattelua (ei suunnitelmia) ilman aikomusta ryhtyä toimiin Henkilö ajattelee itsemurhaa ja on ajatellut ainakin yhtä tekotapaa arviointijaksolla. Tämä ei vastaa erityisen suunnitelman tekemistä aikaan, paikkaan tai tekotapaan liittyvine harkittuine yksityiskohtineen (esim. henkilö on ajatellut itsemurhan tekotapaa muttei ole tehnyt erityistä suunnitelmaa). Tähän kuuluvat myös henkilöt, jotka saattaisivat sanoa: "Ajattelin, että ottaisin yliannostuksen, mutta en ole koskaan erityisesti suunnitellut, koska, missä tai miten sen tosiasiallisesti tekisin... enkä koskaan toteuttaisi sitä." <i>Oletko ajatellut, miten voisit sen tehdä?</i> Jos kyllä, kuvaile:		Kyllä Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kyllä Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Aktiivisia itsemurha-ajatuksia, jonkinasteisia itsemurha-aikeita, ei erityistä suunnitelmaa Aktiivisia itsemurha-ajatuksia itsensä tappamisesta. Henkilö ilmoittaa, että hänellä on jonkinasteisia aikeita toimia näiden ajatusten perusteella, toisin kuin jos hän sanoisi: "Minulla on ajatuksia, mutta en todellakaan aio tehdä mitään niiden perusteella." <i>Oletko ajatellut näitä asioita ja onko sinulla ollut jonkinasteinen aikomus toimia niiden perusteella?</i> Jos kyllä, kuvaile:		Kyllä Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kyllä Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Aktiivisia itsemurha-ajatuksia, erityinen suunnitelma ja itsemurha-aikeita Henkilö ajattelee itsensä tappamista, hän on tehnyt yksityiskohtaisen suunnitelman joko kokonaan tai osittain ja hänellä on jonkinasteinen aikomus toteuttaa suunnitelmansa. <i>Oletko ryhtynyt laatimaan itsesi tappamiseen liittyviä yksityiskohtia tai laatinut ne valmiiksi? Aiotko toteuttaa suunnitelmasi?</i> Jos kyllä, kuvaile:		Kyllä Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kyllä Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ITSEMURHA-AJATUSTEN INTENSITEETTI			
Seuraavia ominaisuuksia pitäisi arvioida huomioiden vakavin ajattelutyyppi (ts.1-5 yllä; 1 on lievin ja 5 on vakavin). Kysy milloin henkilö on tuntenut olonsa itsetuhoisimmaksi. Lifetime - Vakavin ajatus: _____ Tyypinro. (1-5) Ajatusten kuvaus Past X Months -Vakavin ajatus: _____ Tyypinro. (1-5) Ajatusten kuvaus		Vakavin	Vakavin
Yleisyys Kuinka monta kertaa sinulla on ollut näitä itsemurha-ajatuksia? (1) Harvemmin kuin kerran (2) Kerran viikossa (3) 2-5 kertaa viikossa (4) Päivittäin tai lähes päivittäin (5) Useita kertoja päivässä		_____	_____
Kesto Silloin kun sinulla on näitä ajatuksia, kuinka kauan ne kestävät? (1) Ohimenevästi - vain muutamia sekunteja tai minuutteja (4) 4-8 tuntia/suurimman osan päivää (2) Alle 1 tunnin/jonkin aikaa (5) Yli 8 tuntia/lähes jatkuvasti tai koko ajan (3) 1-4 tuntia/pitkään		_____	_____
Hallittavuus Pystyisitkö/pystytkö halutessasi lakkaamaan ajattelemasta itsesi tappamista tai halua kuolla? (1) Ajatukset helposti hallittavissa (4) Ajatusten hallinta tuottaa suuria vaikeuksia (2) Ajatusten hallinta tuottaa pieniä vaikeuksia (5) Ei pysty hallitsemaan ajatuksia (3) Ajatusten hallinta tuottaa jonkinlaisia vaikeuksia (0) Ei pyri hallitsemaan ajatuksia		_____	_____
Ehkäisykeinoja Onko olemassa ketään tai mitään (esim. perhe, uskonto, kuoleman tuottama kipu), joka esti sinua haluamasta kuolla tai ryhtymästä toimiin itsemurha-ajatuksien perusteella? (1) Ehkäisykeinot estivät sinua ehdottomasti yrittämästä itsemurhaa (4) Mitä todennäköisimmin ehkäisykeinot eivät estäneet sinua (2) Ehkäisykeinot luultavasti estivät sinua (5) Ehkäisykeinot eivät ehdottomasti estäneet sinua (3) On epävarmaa, estivätkö ehkäisykeinot sinua (0) Ei sovellettavissa		_____	_____

Syitä itsemurha-ajatuksiin <i>Millaisia syitä sinulla oli ajatella, että haluat kuolla tai tappaa itsesi? Halusitko päästä eroon kivusta tai siitä, miltä sinusta tuntui (toisin sanoen et enää jaksanut elää tämän kivun kanssa tai et kestänyt sitä, miltä sinusta tuntui) vai halusitko saada huomiota ja kostaa tai saada muut reagoimaan? Vai kumpaakin?</i>			
(1) Täysin saadakseen huomiota ja voidakseen kostaa tai saadakseen muut reagoimaan.	(4) Enimmäkseen saadakseen kivut lakkaamaan (et enää jaksanut elää kivun kanssa tai et kestänyt sitä, miltä sinusta tuntui).	_____	_____
(2) Enimmäkseen saadakseen huomiota ja voidakseen kostaa tai saadakseen muut reagoimaan.	(5) Täysin saadakseen kivut lakkaamaan (et enää jaksanut elää kivun kanssa tai et kestänyt sitä, miltä sinusta tuntui).		
(3) Yhtä lailla saadakseen huomiota ja voidakseen kostaa tai saadakseen muut reagoimaan ja saadakseen kivut lakkaamaan.	(0) Ei sovellettavissa.		

<i>Vastataan vain tosiasiallisten itsemurhayrityksien ollessa kyseessä</i>	Viimeisimmän yrityksen päivämäärä:	Kuolemanvaarallisimman yrityksen päivämäärä:	Alkuperäisen/ensimmäisen yrityksen päivämäärä:
Tosiasiallinen kuolemanvaara/fyysinen vaurio: 0. Ei fyysisiä vaurioita tai erittäin vähäisiä fyysisiä vaurioita (esim. pintanaarmut). 1. Lieviä fyysisiä vaurioita (esim. letarginen puhetapa, ensimmäisen asteen palovammat, vähäinen verenvuoto, venähdykset). 2. Kohtalaisia fyysisiä vaurioita, jotka edellyttävät lääkärinhoitoa (henkilö on esim. tajuissaan mutta uninen, jossakin määrin reagoiva, toisen asteen palovammat, verenvuoto suurista suonista). 3. Kohtalaisen vakavia fyysisiä vaurioita, jotka edellyttävät sairaalahoitoa ja todennäköisesti tehohoitoa (esim. komatoosi, johon liittyvät toimivat refleksit, kolmannen asteen palovammat alle 20% kehon pinta-alasta, runsas verenhukka, josta voi elpyä, vakavat murtumat). 4. Vakavia fyysisiä vaurioita, jotka edellyttävät sairaalahoitoa ja tehohoitoa (esim. komatoosi, johon ei liity toimivia refleksiä, kolmannen asteen palovammat yli 20% kehon pinta-alasta, runsas verenhukka, johon liittyvät epävakaat elintoiminnot, vakavat vauriot elintärkeällä alueella). 5. Kuolema	<i>Ilmoita koodi</i> _____	<i>Ilmoita koodi</i> _____	<i>Ilmoita koodi</i> _____
Mahdollinen kuolemanvaara: vastaa vain, jos tosiasiallinen kuolemanvaara = 0 Tosiasiallisen itsemurhayrityksen todennäköinen kuolemanvaara, jos fyysistä vauriota ei ole (vaikka seuraavat esimerkkitapaukset eivät aiheuta tosiasiallista fyysistä vauriota, niihin voi liittyä vakava kuolemanvaara: henkilö panee aseensa suuhunsa ja vetää liipaisimesta, mutta ase ei laukea, jolloin ei synny fyysistä vauriota; henkilö makaa raiteilla junan lähestyessä, mutta pelastautuu ennen yliajoa). 0 = Käyttäytyminen ei todennäköisesti johda vaurioon 1 = Käyttäytyminen todennäköisesti johtaa vaurioon, mutta ei todennäköisesti aiheuta kuolemaa 2 = Käyttäytyminen todennäköisesti aiheuttaa kuoleman saatavilla olevasta lääkärinhoidosta huolimatta	<i>Ilmoita koodi</i> _____	<i>Ilmoita koodi</i> _____	<i>Ilmoita koodi</i> _____